

Bienvendido a los Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Conozca sus beneficios

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

Con Guardian, estás en buenas manos.

Venimos cumpliendo nuestras promesas por más de 150 años y esperamos hacer lo mismo por usted también.

Sus opciones de cobertura

| | | |
|---|----------------------|---|
|  | Seguro dental | Cuidar sus dientes y su salud de forma integral |
|---|----------------------|---|

| | | |
|---|-------------------------|---|
|  | Seguro de visión | Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados |
|---|-------------------------|---|

| | | |
|--|-----------------------|--|
|  | Seguro de vida | Protección del futuro financiero de su familia |
|--|-----------------------|--|

| | | |
|---|---|--|
|  | Seguro de discapacidad a corto plazo | Cobertura si no puede trabajar temporalmente |
|---|---|--|

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



Vea nuestro video
Conozca cómo el seguro dental
puede proteger su salud a largo
plazo.

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.

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

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 progresala enfermedad de Alzheimer.

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



Su cobertura dental

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

Su plan dental

Su red es

Deductible por Año calendario

| | DentalGuard Preferred | |
|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Individual | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
| Límite familiar | \$50 | \$50 |
| No aplicable a | 3 por familia | Preventiva |

Cargos cubiertos para usted (coseguro)

| | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
|---------------------|---|-----------------|
| Atención preventiva | 100% | 100% |
| Atención básica | 75% | 75% |
| Atención mayor | 0% | 0% |
| Ortodoncia | No se cubre (se aplica a todos los niveles) | |

Beneficio máximo anual

Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia

Límites de edad del dependiente

(estudiante/no estudiante)

DentalGuard Preferred
\$1000
No Aplicable
20/26

Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos **for su plan:**

| | PPO El plan paga (en promedio) | |
|--|--|---------------------|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Atención preventiva | | |
| Limpieza (profilaxis) | 100% | 100% |
| Tratamientos con fluoruro | 100% | 100% |
| Exámenes bucales | 100% | 100% |
| Mantenimiento periodontal | 100% | 100% |
| Freuencia: | Una vez cada 6 meses | Sin límites de edad |
| Selladores (por diente) | 100% | 100% |
| Radiografías | 100% | 100% |
| Atención básica | | |
| Anestesia* | 75% | 75% |
| Empastes† | 75% | 75% |
| Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas | 75% | 75% |
| Tratamiento de conducto/raíz | 75% | 75% |
| Raspado y alisado radicular (por cuadrante) | 75% | 75% |
| Extracciones simples | 75% | 75% |
| Extracciones complejas | 75% | 75% |
| Puentes y dentaduras postizas | 0% | 0% |
| Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas** | 0% | 0% |
| Cirugía periodontal | 0% | 0% |
| Coronas individuales | 0% | 0% |
| Atención mayor | | |

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.

Gestione sus beneficios:

Busque un dentista:

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.

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.



Su cobertura 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, periodónicos y protodónicos. 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 arbitrio definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-1-DG2000 y otros.

Limitación Especial de Reintegro y/o PPO. Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG2000.



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

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

LANG MASONRY CONTRACTORS INC.

ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES

Kit creado 08/22/25

Número de Grupo: 00444666



Vea nuestro video
Cómo el seguro de visión puede
ayudarlo a ver con claridad a medida
que envejece.

Seguro de visión



El seguro de visión ayuda a proteger sus ojos, ya que proporciona cobertura para los beneficios que a menudo no están cubiertos por un seguro médico regular.

Proteger su vista significa permitir las visitas de rutina al optometrista para exámenes de la vista, así como la cobertura de anteojos y lentes de contacto. Asegúrese de que su visión sea buena a cualquier edad, sin importar cuánto tiempo pase frente a las pantallas digitales.

¿Para quién es?

Incluso si tiene una visión perfecta, es importante realizarse exámenes de la vista de forma regular para asegurarse de que aún vea con claridad. Con el tiempo, la mayoría de nosotros puede necesitar corrección de la visión, por lo que ofrecemos un seguro de visión para cubrir algunos de los costos.

¿Qué cubre?

El seguro de visión cubre beneficios que generalmente no están incluidos en los planes de seguro médico. Cubre servicios como exámenes de la vista rutinarios, asignaciones para la compra de anteojos y lentes de contacto, así como descuentos en cirugía correctiva Lasik.

¿Por qué debería considerarlo?

Los exámenes de la vista regulares pueden detectar más que una visión limitada, también pueden detectar enfermedades como el glaucoma y la diabetes. Los problemas de visión son una de las incapacidades más prevalentes en los Estados Unidos, por lo que los seguros de visión son especialmente útiles para cualquier persona que necesite comprar anteojos o lentes de contacto con regularidad, o para cualquier persona que simplemente quiera ayudar a proteger su visión y salud en general.

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

Cobertura 20/20

David se da cuenta de que su visión se está deteriorando. Él va para un examen de la vista y es diagnosticado con miopía, lo que significa que necesita anteojos.

\$350

Costo total: **\$521**

Con una póliza de visión de Guardian, David paga solo **\$10** por su examen de la vista. Después de **\$25** de copago, sus lentes están totalmente cubiertos y él paga **\$96** por sus marcos.

El gasto de bolsillo total de David es de **\$131**, lo que le ahorra **\$390**.

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



Su cobertura de visión

Opción 1: Importantes ahorros de bolsillo disponibles con su plan **Full Feature** si visita uno de nuestros centros VSP de la red, incluyendo las redes más grandes de proveedores de consultorios privados, Visionworks y los centros contratados Pearle Vision.

Su plan de visión

| Su red es | VSP Network Signature Plan |
|---------------|----------------------------|
| Copago | Full Feature |

| | |
|---|-------|
| Copago de exámenes | \$ 10 |
| Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos) | \$ 20 |

Muestra de servicios cubiertos

| | Usted paga (después del copago, si corresponde): |
|---|---|
| Examen de vista | Dentro de la red Fuerza de la red |
| Lentes monofocales | \$0 Monto por encima de \$46 |
| Lentes bifocales con línea divisoria | \$0 Monto por encima de \$47 |
| Lentes trifocales con línea divisoria | \$0 Monto por encima de \$66 |
| Lentes lenticulares | \$0 Monto por encima de \$85 |
| Monturas | 80% del monto por encima de \$120 ¹ Monto por encima de \$47 |
| Límite de Armazón de Costco, Walmart y Sam's Club | Monto por encima de \$120 |
| Lentes de contacto (Electivos) | \$0 Monto por encima de \$210 |
| Lentes de contacto (necesarios por razones médicas) | Hasta un \$60 No Aplicable |
| Lentes de contacto (examen de evaluación y ajuste) | Promedio de entre 30% del precio |
| Adiciones cosméticas | minorista Sin descuentos |
| Gafas (por adicional de monturas y lentes) | 20% de descuento sobre el precio minorista [^] Sin descuentos |
| Descuentos por cirugías correctivas con láser | Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional |

Frecuencias de Servicio

| | |
|---|--|
| Exámenes | Cada 12 meses |
| Lentes (para gafas o lentes de contacto) ⁺⁺ | Cada 12 meses |
| Monturas | Cada 24 meses ⁺⁺ |
| Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas) | Sin límite dentro de los 12 meses del examen |
| Límites de edad del dependiente | 26 |

Para encontrar a un Proveedor:

Regístrate en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.

VSP

- ⁺⁺Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.

Su cobertura de visión

- ^ Los descuentos se aplican cuando la compra se realiza dentro de los 12 meses del examen de la vista. [Además, los planes Full-Feature ofrecen un 30% de descuento en gafas de sol no recetadas y gafas recetadas adicionales, incluidas las opciones de lentes, si se compran al médico VSP que realiza el examen de la vista el mismo día de efectuarse el examen.]
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- ' Extra \$20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- #†† El sistema VSP considera que los lentes de contacto equivalen a un par completo de gafas (lentes y monturas) de manera que si bien el miembro puede obtener lentes de contacto un año y gafas estándar al año siguiente, el beneficio de montura no estaría disponible hasta cumplirse los 24 meses o dos años calendario, según el diseño del plan, a partir de la fecha en que el miembro obtuvo los lentes de contacto.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de \$39.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante: Esta póliza sólo proporciona seguros médicos de beneficios limitados para la atención de la vista. No proporciona seguro básico de hospital ni seguros médicos básicos 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 vista 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 lentes mixtos, 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 arbitrio definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-1-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

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

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

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

Formulario de la póliza # GP-1-GVSN-17



ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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

Seguro de vida



Si le ocurre algo, el seguro de vida puede ayudar a reducir el esfuerzo financiero de su familia.

El seguro de vida ayuda a proteger las finanzas de su familia al proporcionar un beneficio en efectivo si fallece. Esto garantiza que tendrán apoyo financiero y podrán cubrir cosas importantes, desde facturas hasta costos funerarios. Con las pólizas de vida, puede obtener una protección de seguro de vida asequible durante un periodo de tiempo determinado.

¿Para quién es?

Las necesidades de seguro de vida de todos son diferentes, dependiendo de la situación de sus familias. Es por eso que el seguro de vida colectivo a través de un empleador es una opción más fácil y asequible que el seguro de vida individual.

¿Qué cubre?

El seguro de vida protege a sus seres queridos proporcionando un beneficio (que generalmente está exento de impuestos) si fallece.

¿Por qué debería considerarlo?

El seguro de vida es más que solo cubrir gastos. Dependiendo de sus circunstancias, podría tomarle años a su familia recuperarse de la pérdida de sus ingresos.

Con un beneficio de seguro de vida, su familia tendrá dinero adicional para realizar pagos hipotecarios y de alquiler, cubrir los gastos legales o médicos, el cuidado infantil, la educación y cualquier deuda pendiente.

El Guardian, sus subsidiarias, agentes y empleados no proporcionan asesoramiento fiscal, legal o contable. Consulte a su profesional de impuestos, legal o contable con respecto a su situación individual.

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

Preparar y planificar

Jorge nunca consideró comprar un seguro de vida, pero después de que le fuera ofrecido a través del trabajo, decide que es una manera inteligente de proteger a su familia.

Jorge tiene una hipoteca y, debido a que su esposa está ayudando a cuidar a su madre, ella solo trabaja medio tiempo. Además, su hija está a punto de comenzar la universidad. Jorge analiza cómo su familia se vería afectada si lo perdieran.

Costo funeral promedio: **\$9,000**

Deuda hipotecaria promedio:

\$202,000

Costo promedio de la universidad: **\$17,000 - \$44,000**

Deuda promedio familiar con tarjeta de crédito: **\$8,500**

Con un seguro de vida, Jorge puede asegurarse de que esa parte de estos costos esté cubierta si le ocurre algo.

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



Su cobertura de vida

| | VIDA BÁSICO | SEGURIDAD 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 \$300,000. 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 mejorada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s). | Cobertura de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida. |
| Beneficio para el cónyuge/pareja doméstica | N/A | Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$50,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.‡ |
| Beneficio por hijo | N/A | Niños de 14 días a 19 años de edad (25, si son estudiantes a tiempo completo). 10% de la cobertura del empleado, hasta un máximo de \$10,000. Los límites de cobertura se basan en la edad de su hijo. |
| 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 Menores de 65 años \$100,000, de 65 a 69 años \$10,000, \$0. Cónyuge Menores de 65 años \$30,000, de 65 a 69 años \$5,000, \$0. |
| | | Hijos dependientes \$10,000. |

Su cobertura de vida



| | VIDA BÁSICO | SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO |
|--|--|--|
| 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 |
| Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura de discapacidad una vez relación de trabajo. | Sí, con restricciones de edad y algunas otras. | Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad |
| Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo. | Sí, con restricciones de edad y certificado de beneficios | Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios |
| 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 |
| 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, 50% a la edad de 70 | 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/pareja doméstica termina a los 70 años de edad.

El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

Modelos de costo de vida voluntario:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiada, 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.

Semanal Primas mostradas Se incluye costo de Muerte Accidental y Pérdida de

Miembro(s).

| Monto de póliza seleccionado | Costo de la póliza seleccionado, grupo de edad | | | | | | | | |
|------------------------------|--|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69† |
| Empleado | \$10,000 | \$35 | \$37 | \$49 | \$65 | \$90 | \$143 | \$259 | \$353 |
| | \$20,000 | \$69 | \$74 | \$97 | \$129 | \$180 | \$286 | \$517 | \$706 |
| | \$30,000 | \$104 | \$111 | \$145 | \$194 | \$270 | \$429 | \$775 | \$1059 |
| | \$40,000 | \$139 | \$148 | \$194 | \$259 | \$360 | \$572 | \$1034 | \$1412 |
| | \$50,000 | \$173 | \$185 | \$242 | \$323 | \$450 | \$715 | \$1292 | \$1765 |
| | \$60,000 | \$208 | \$222 | \$291 | \$388 | \$540 | \$859 | \$1551 | \$2119 |
| | \$70,000 | \$242 | \$259 | \$339 | \$452 | \$630 | \$1002 | \$1809 | \$2472 |
| | \$80,000 | \$277 | \$295 | \$388 | \$517 | \$720 | \$1145 | \$2068 | \$2825 |
| | \$90,000 | \$312 | \$332 | \$436 | \$582 | \$810 | \$1288 | \$2326 | \$3178 |
| | \$100,000 | \$346 | \$369 | \$485 | \$646 | \$900 | \$1431 | \$2585 | \$3531 |
| | \$110,000 | \$381 | \$406 | \$533 | \$711 | \$990 | \$1574 | \$2843 | \$3884 |
| | \$120,000 | \$415 | \$443 | \$582 | \$775 | \$1080 | \$1717 | \$3102 | \$4237 |
| | \$130,000 | \$450 | \$480 | \$630 | \$840 | \$1170 | \$1860 | \$3360 | \$4590 |
| | \$140,000 | \$485 | \$517 | \$679 | \$905 | \$1260 | \$2003 | \$3619 | \$4943 |
| | \$150,000 | \$519 | \$554 | \$727 | \$969 | \$1350 | \$2146 | \$3877 | \$5296 |
| | \$160,000 | \$554 | \$591 | \$775 | \$1034 | \$1440 | \$2289 | \$4135 | \$5649 |
| | \$170,000 | \$589 | \$628 | \$824 | \$1099 | \$1530 | \$2432 | \$4394 | \$6002 |
| | \$180,000 | \$623 | \$665 | \$872 | \$1163 | \$1620 | \$2575 | \$4652 | \$6355 |
| | \$190,000 | \$658 | \$702 | \$921 | \$1228 | \$1710 | \$2719 | \$4911 | \$6709 |
| | \$200,000 | \$692 | \$739 | \$969 | \$1292 | \$1800 | \$2862 | \$5169 | \$7062 |
| | \$210,000 | \$727 | \$775 | \$1018 | \$1357 | \$1890 | \$3005 | \$5428 | \$7415 |
| | \$220,000 | \$762 | \$812 | \$1066 | \$1422 | \$1980 | \$3148 | \$5686 | \$7768 |
| | \$230,000 | \$796 | \$849 | \$1115 | \$1486 | \$2070 | \$3291 | \$5945 | \$8121 |
| | \$240,000 | \$831 | \$886 | \$1163 | \$1551 | \$2160 | \$3434 | \$6203 | \$8474 |
| | \$250,000 | \$865 | \$923 | \$1212 | \$1615 | \$2250 | \$3577 | \$6462 | \$8827 |
| | \$260,000 | \$900 | \$960 | \$1260 | \$1680 | \$2340 | \$3720 | \$6720 | \$9180 |
| | \$270,000 | \$935 | \$997 | \$1309 | \$1745 | \$2430 | \$3863 | \$6979 | \$9533 |
| | \$280,000 | \$969 | \$1034 | \$1357 | \$1809 | \$2520 | \$4006 | \$7237 | \$9886 |

Modelos de costo de vida voluntario continuación

| | < 30 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69† |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|
| \$290,000 | \$10.04 | \$10.71 | \$14.05 | \$18.74 | \$26.10 | \$41.49 | \$74.95 | \$102.39 | \$171.99 |
| \$300,000 | \$10.39 | \$11.08 | \$14.54 | \$19.39 | \$27.00 | \$42.92 | \$77.54 | \$105.92 | \$177.92 |

Monto de póliza seleccionado

| Cónyuge/pareja doméstica | \$5,000 | \$17 | \$19 | \$24 | \$32 | \$45 | \$72 | \$129 | \$177 | \$297 |
|--------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|---------|
| \$10,000 | \$10.00 | \$35 | \$37 | \$49 | \$65 | \$90 | \$143 | \$259 | \$353 | \$5.93 |
| \$15,000 | \$15.00 | \$52 | \$55 | \$73 | \$97 | \$135 | \$215 | \$388 | \$530 | \$8.90 |
| \$20,000 | \$20.00 | \$69 | \$74 | \$97 | \$129 | \$180 | \$286 | \$517 | \$706 | \$11.86 |
| \$25,000 | \$25.00 | \$87 | \$92 | \$121 | \$162 | \$225 | \$358 | \$646 | \$883 | \$14.83 |
| \$30,000 | \$30.00 | \$104 | \$111 | \$145 | \$194 | \$270 | \$429 | \$775 | \$1059 | \$17.79 |
| \$35,000 | \$35.00 | \$121 | \$129 | \$170 | \$226 | \$315 | \$501 | \$905 | \$1236 | \$20.76 |
| \$40,000 | \$40.00 | \$139 | \$148 | \$194 | \$259 | \$360 | \$572 | \$1034 | \$1412 | \$23.72 |
| \$45,000 | \$45.00 | \$156 | \$166 | \$218 | \$291 | \$405 | \$644 | \$1163 | \$1589 | \$26.69 |
| \$50,000 | \$50.00 | \$173 | \$185 | \$242 | \$323 | \$450 | \$715 | \$1292 | \$1765 | \$29.65 |

Monto de póliza seleccionado

| Hijo(s) | \$1,000 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 | \$0.04 |
|----------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| \$2,000 | \$2,000 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 | \$0.08 |
| \$3,000 | \$3,000 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 | \$0.12 |
| \$4,000 | \$4,000 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 | \$0.16 |
| \$5,000 | \$5,000 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 | \$0.20 |
| \$6,000 | \$6,000 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 | \$0.24 |
| \$7,000 | \$7,000 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 | \$0.28 |
| \$8,000 | \$8,000 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 | \$0.31 |
| \$9,000 | \$9,000 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 | \$0.35 |
| \$10,000 | \$10,000 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 | \$0.39 |

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.

†Se aplican reducciones de beneficios.

El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN PARA LA COBERTURA DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE

MIEMBRO (AD&D):

Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. De otro modo, su cobertura entra en vigencia una vez que haya completado un período de carencia específico. Los empleados deben estar trabajando legalmente en los Estados Unidos para ser elegibles para recibir cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de los empleados con asignaciones temporarias: (a) por más de un año; o (b) en una zona que el Departamento de Estado 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.

Una persona está incapacitada para actividades cotidianas cuando (a) no puede realizar dos o más actividades cotidianas sin ayuda física continua o (b) presenta una incapacidad cognoscitiva y requiere el uso de lenguaje por señas para protegerse a sí mismo o a los demás. Las actividades cotidianas son banarse, vestirse, ir al baño, movilizarse, controlar esfínteres y comer.

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 la suscripción para las inscripciones tardías y los aumentos de beneficios.

GP-1-R-LB-90, GP-1-R-EOPT-96

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

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

Cobertura de muerte accidental y pérdida de miembro mejorada (AD&D): Una pérdida puede consistir en muerte, cuadriplejía, pérdida del habla y de la audición, pérdida de funciones cognitivas, estado de coma por más de un mes, hemiplegia o paraplegia. La pérdida debe ocurrir dentro de un período de tiempo específico desde el momento del accidente. Consulte la definición específica en el contrato. La definición de la pérdida puede variar según el beneficio a pagar.

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

LANG MASONRY CONTRACTORS INC.

ALL OTHER ELIGIBLE EMPLOYEES

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

Formulario de la póliza # GP-1-LIFE-15



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

Seguro de incapacidad a corto plazo



Reemplazo ingresos

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

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

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

¿Para quién es?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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

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

Su cobertura de incapacidad a corto plazo



| Cantidad de cobertura | Incapacidad a Corto Plazo |
|---|---|
| Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad. | 60% del salario hasta un máximo de \$600/semana 26 semanas |
| Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios. | Día 1 |
| Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios. | Día 8 |
| 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 \$600 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. | No aplicable |

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.

Su cobertura de incapacidad a corto plazo

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD

Es posible que se requiera una prueba de asegurabilidad para quienes se inscriban en forma tardía. Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se cubre sujeta a evaluación financiera satisfactoria. La descripción completa del plan puede consultarse en el certificado de cobertura.

Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura; de otro modo, la cobertura entra en vigencia una vez que haya concluido un periodo de carentia 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.

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 periodos 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 periodo de limitación por condición preexistente de Guardian. Sujeto a las variaciones dispuestas por cada estado.

Cuando corresponda, esta cobertura se integrará a los Beneficios por Incapacidad Temporaria de Nueva Jersey (NJ TDB), la Ley de Beneficios por Incapacidad de Nueva York (NY DBL), el Seguro de Incapacidad del estado de California (CA SDI), el Seguro de Incapacidad Temporaria de Rhode Island (RI TDI), el Seguro de Incapacidad Temporaria de Hawaii (Hawaii TDI) y la Ley Fundamental de Defensa de Puerto Rico (Puerto Rico Defense Base Act), DC PFML y WA PFML.

Contrato N° GP-I-STD-15.1.0 y otros.

El seguro de incapacidad a corto plazo colectivo de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza solo proporciona seguro de ingreso por incapacidad. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.

Formulario de la póliza #GP-1-STD07-1.0, et al, GP-1-STD-15



Servicios de asistencia

Soporte integral para cada etapa de la vida.

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

Acceda a una asistencia realmente personalizada para ayudarlo en su camino de cuidados. Incluso si necesita lo siguiente:



Ayuda para tratar una aficción de salud



Cuidado de niños y apoyo para adolescentes



Salud mental y bienestar



Fin de la vida y pérdida

Dificultades financieras

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

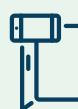
Este servicio solo está disponible si tiene líneas de cobertura elegibles. Consulte con el administrador de su plan para obtener más detalles.

Los resultados individuales pueden variar debido a los aspectos únicos de cada situación de cuidado. El seguro grupal de discapacidad a corto plazo y el seguro de discapacidad a largo plazo de Guardian están suscritos y emitidos 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. Los usuarios o características opcionales pueden generar costos adicionales. Wellthy, Inc. ("Wellthy") es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian"). Wellthy y Guardian no son entidades afiliadas. Wellthy brinda a un coordinador de cuidados para integrar recursos de cuidado que se contratan por separado (por ejemplo, cuidado de ancianos, cuidado de niños, etc.) para el beneficio de un miembro o de sus dependientes permitidos ("servicios"). Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los servicios y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Guardian y Wellthy se reservan el derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento, sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados.

Visite

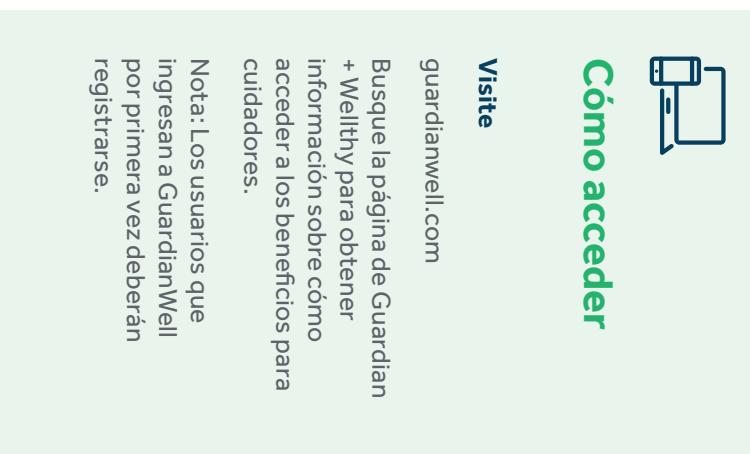
guardianwell.com

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



Cómo acceder

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



guardianwell.com

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

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

Prueba de asegurabilidad (EOI) electrónica



Cómo funciona

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

Nuestros formularios de EOI en línea son una alternativa más sencilla y rápida a los formularios impresos tradicionales, y que lo ayudan a obtener cobertura cuando necesita proporcionar información adicional.

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

La EOI electrónica simplifica las cosas

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

La EOI electrónica se puede utilizar para lo siguiente*:

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

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

GuidanceResources® – Employee Assistance Program

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

El Employee Assistance Program de Guardian proporciona asesoramiento confidencial, orientación de expertos y recursos valiosos para ayudarlo a manejar cualquiera de los desafíos de la vida, grandes o pequeños.

Cómo puede ayudar



Apoyo emocional confidencial

- Ansiedad, depresión, estrés
- Cuidado de niños, ancianos y mascotas



Apoyo para el trabajo y el estilo de vida

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Testamentos, fideicomisos y planificación patrimonial



Recursos financieros y orientación legal

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Testamentos, fideicomisos y planificación patrimonial

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

Los servicios de asistencia legal/financiera y de recursos no están disponibles en el estado de Nueva York.

El Employee Assistance Program es un conjunto de servicios creados y ofrecidos únicamente por ComPsych. Guardian no es responsable de la atención o asesoría entregada por cualquier proveedor o servicio ofrecido dentro del Employee Assistance Program. Esta información se suministra con fines divulgativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de servicio de plan estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian y ComPsych se reservan el derecho de interrumpir el Employee Assistance Program en cualquier momento y sin aviso. Los servicios legales proporcionados a través del Employee Assistance Program no se proporcionarán en relación con Guardian, ComPsych o su empleador. El Employee Assistance Programa cualquier servicio ofrecido dentro del Programa no es un beneficio de seguro y es posible que no esté disponible en todos los estados.



Cómo acceder Asistencia disponible 24/7

 **Llame a**
1 855 239 0743
TRS: Dial 711

 **Visite**
guidanceresources.com

Aplicación: GuidanceNowSM
ID web de la organización:
Guardian

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

EstateGuidance® Online Will Preparation

Asegúrese de que sus deseos se cumplan con un testamento vinculante legalmente.

EstateGuidance facilita la redacción de un testamento con herramientas en línea que lo guiarán a través del proceso en cuestión de minutos. También puede redactar un testamento en vida para asegurarse de que reciba los cuidados que desea al final de su vida y un documento de disposiciones finales en el que exprese sus deseos sobre los servicios funerarios.

Cómo puede ayudar

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|---|
|  | Complete un testamento personalizado: | Solicite que le impriman y envíen su testamento: | Redacte un testamento en vida: | Redacte un documento de disposiciones finales: |
| Sin costo para usted | \$14.99 | \$14.99 | \$9.99 | \$9.99 |

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

ComPsych Corporation (ComPsych) es proveedor de The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian). ComPsych y Guardian no son entidades afiliadas. ComPsych proporciona el Employee Assistance Program (Servicios). Guardian no controla ni proporciona ninguna parte de los Servicios y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Guardian y ComPsych se reservan el derecho de interrumpir los Servicios en cualquier momento sin previo aviso. Es posible que los servicios no estén disponibles en todos los estados. Los servicios de asistencia y recursos jurídicos y financieros no están disponibles en los estados de Nueva York y Hawái. La prestación de los Servicios se realizará de conformidad con la ley aplicable.



Cómo acceder
Asistencia disponible
24 horas al día, los 7 días

Llame a
1 855 239 0743
TRS: Dial 711

Visite
estateguidance.com

Aplicación: GuidanceNowSM
Ingrésese el código promocional:

Guardian

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Nuestro compromiso con usted

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

Información importante

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

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

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

Servicios de idiomas sin costo

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

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

Seguro de discapacidad a corto plazo

Aviso de compensación por incapacidad

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

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

Seguro de visión

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

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

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



ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan **LANG MASONRY CONTRACTORS INC.**

Número de plan colectivo: **00444666**

Beneficios con vigencia a partir de: _____

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

Modificar información

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

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

Acerca de usted:

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

| | |
|--|----------------------------------|
| Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan: _____ | Número de seguro social _____ |
| Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y/ o cobertura por discapacidad a largo plazo. | |
| Estado _____ | Código postal _____ |

Dirección

Ciudad

Dirección de Género: M F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____

Teléfono: (indicar primaria): la casa (_____) - ____ - ____

trabajar (_____) - ____ - ____

el teléfono móvil (_____) - ____ - ____

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

¿Está casado o en una unión civil? Sí No Fecha de matrimonio/unión civil: _____

Tiene hijos u otros dependientes? Sí No Fecha de adopción de hijo adoptado: _____

Acerca de su trabajo:

Horas trabajadas por semana: _____

Puesto de trabajo:

Condición de trabajo:

Activo Jubilad COBRA/Continuación estatal _____

Fecha de contratación a tiempo completo: _____

Salario anual: \$ _____

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

Si necesita espacio adicional, adjunte una página separada 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.

Conyuge (dondequiera que aparezca el término "Cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio de unión civil".

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: () -

Hijo/dependiente 1:

100

teléfono: () -

BIBLIOGRAPHIC STATEMENT

111

16100. () -

111

卷之三

telefono: () -

112 - 113

113

100

161010. () -

111

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

Si necesita espacio adicional, adjunte una página separada 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 (si deseas que aparezca el término "cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio de unión civil") | | Número de seguro social ____ - ____ - ____ | |
| Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: | | Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Teléfono: () - | | Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ | |
| Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: | | <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Identidad de Género: Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Identidad de Género: Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ Teléfono: () - Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - <input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Identidad de Género: Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____ Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____ | |
| | | Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común Estado de residencia: _____ | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Cancelar cobertura: | <input type="checkbox"/> Cancelar Empleado/Miembro | <input type="checkbox"/> Cancelar Dependientes/Familiares | <input type="checkbox"/> Seguro dental | <input type="checkbox"/> Empleado/Miembro | <input type="checkbox"/> Conyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(s) | |
| | | | <input type="checkbox"/> Plan de Visión | <input type="checkbox"/> Empleado/Miembro | <input type="checkbox"/> Conyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(s) | |
| La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. | | | <input type="checkbox"/> Seguro de vida a término básico | <input type="checkbox"/> Vida a término voluntario | <input type="checkbox"/> Empleado/Miembro | <input type="checkbox"/> Conyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(s) |
| Último día de cobertura: _____ | | | <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Conyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(s) |
| <input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral | <input type="checkbox"/> Último día trabajado: _____ | <input type="checkbox"/> Otra razón: _____ | <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Conyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(s) | | |
| <input type="checkbox"/> Fecha del evento: _____ - _____ - _____ | | | | | | | |

Pérdida de otra cobertura:

- Extinción de la relación laboral: _____ - _____ - _____
- Divorcio _____ - _____ - _____
- Muerte del cónyuge _____ - _____ - _____
- Finalización o vencimiento de la cobertura _____ - _____ - _____
- Pérdida de la cobertura Seguro dental Vista

Cobertura Dental: Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente. Empleado/Miembro Empleado/Miembro Empleado/Miembro Empleado/Miembro, solamente o y cónyuge y dependientes/nihos cónyuge y dependientes/nihos

- PPO CPO HMO PPO

No deseo Cobertura Dental porque(marque según correspondan):

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

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

- Empleado/Miembro Empleado/Miembro Empleado/Miembro y dependientes/nihos solamente o y cónyuge CPO PPO

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

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

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

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

Monto de la poliza

Empleado/Miembro únicamente

 \$25,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$25,000.

* Si el Empleado/Miembro tiene más de 65 años, pueden aplicarse reducciones que pueden cambiar el monto de GL. Consulte los materiales de inscripción para obtener más detalles.

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

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %

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

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con Empleado/Miembro

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %

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

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con Empleado/Miembro

Beneficiario Contingente:

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

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

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - Relación con Empleado/Miembro

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

dependiente/ miembros de familia – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

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

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEINTIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Si esta cobertura de Vida Básica reemplazará la cobertura de seguro de vida vigente mediante 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 Básica.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D): Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

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

Empleado/Miembro

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Monto de la póliza | <i>Marcar un casillero únicamente</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000 | <input type="checkbox"/> \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000 | <input type="checkbox"/> \$60,000 |
| <input type="checkbox"/> \$70,000 | <input type="checkbox"/> \$80,000 | <input type="checkbox"/> \$90,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000* | <input type="checkbox"/> \$110,000 | <input type="checkbox"/> \$120,000 |
| <input type="checkbox"/> \$130,000 | <input type="checkbox"/> \$140,000 | <input type="checkbox"/> \$150,000 | <input type="checkbox"/> \$160,000 | <input type="checkbox"/> \$170,000 | <input type="checkbox"/> \$180,000 |
| <input type="checkbox"/> \$190,000 | <input type="checkbox"/> \$200,000 | <input type="checkbox"/> \$210,000 | <input type="checkbox"/> \$220,000 | <input type="checkbox"/> \$230,000 | <input type="checkbox"/> \$240,000 |
| <input type="checkbox"/> \$250,000 | <input type="checkbox"/> \$260,000 | <input type="checkbox"/> \$270,000 | <input type="checkbox"/> \$280,000 | <input type="checkbox"/> \$290,000 | <input type="checkbox"/> \$300,000 |
- Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años \$100,000*, de 65 a 69 años \$10,000. \$0. 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

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$5,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$15,000 | <input type="checkbox"/> \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$25,000 | <input type="checkbox"/> \$30,000* |
| <input type="checkbox"/> \$35,000 | <input type="checkbox"/> \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$50,000 | | |

Emisión garantizada hasta: Cónyuge Menores de 65 años \$30,000*, de 65 a 69 años \$5,000, \$0.

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

- No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos

Monto de la póliza

- 10% del monto del Empleado/Miembro, hasta un máximo de \$10,000
- El Monto de Emisión Garantizada es \$0,000.

**El monto no podrá superar el 10% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

- No quiero esta cobertura

Notas importantes:

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

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

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

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ % _____

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

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

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

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

Beneficio semanal/
 60% del salario hasta un máximo de \$600

Firma

- Entiendo que mis dependientes/miembros de la familia, no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
 - La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
 - Solo la vida. Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un Dependiente de la familia, salvo los hijos recién nacidos, no será válida si el dependiente está ingresado en un hospital u otro centro médico, o se encuentra en reposo domiciliario o no puede desarrollar las actividades propias de una persona de su sexo y edad.
 - Entiendo que debo mantener mi condición de empleado/miembro activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
 - Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
 - Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
 - Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
 - Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
 - Acepto que mi empleador/titular del plan pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
 - Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
 - Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.
- Toda persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud de seguro que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de estafa al 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.
- FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X** _____ **FECHA** _____

Declaraciones de advertencia de fraude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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