



PERFUME CENTER OF AMERICA INC
ALL ELIGIBLE EMPLOYEES
Número de Grupo: 00514099



El servicio al cliente (888) 600-1600
De lunes a viernes | de 8am a 8:30pm, hora del este

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.

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.

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 accidentes	Lo ayuda a cubrir los gastos después de un accidente

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura del seguro que se acordó con su empleador; no es su contrato.

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.



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 las enfermedades cardíacas, las arterias obstruidas y las infecciones pueden vincularse a la inflamación y las infecciones por 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: La pérdida de dientes antes de los 35 años de edad puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

Toda la información contenida aquí es de Mayo Clinic, Oral Health: A Window to Your Overall Health, www.mayoclinic.com, 2018.

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



Su cobertura dental

Opción 1: Managed Dental Care usted goza de los descuentos negociados con los dentistas de la red. Efectúa un copago fijo por cada servicio cubierto. No se cubren las consultas a proveedores fuera de la red.

Opción 2: PPO, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista de una PPO. Fuera de la red, los beneficios están limitados a nuestro programa de honorarios PPO.

Su plan dental

Opción 1: Managed Dental Care Opción 2: PPO

Su red es	Guardian	DentalGuard Preferred
Su prima Semanal	\$3.98	\$9.45
Usted y su cónyuge/pareja doméstica	\$7.96	\$19.18
Usted y sus hijos	\$9.42	\$23.65
Usted, su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos	\$12.76	\$35.56
Deducible por Año calendario		
Individual	Sin Deducible	Dentro de la Red \$50 Fuera de la Red \$50
Límite familiar		3 por familia
No aplicable a		Preventiva Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	Red Únicamente	Dentro de la Red Fuera de la Red
Atención preventiva	Usted paga un copago por cada servicio cubierto. Vea los "detalles del plan" para mas informacion.	100% 100%
Atención básica		80% 80%
Atención mayor		50% 50%
Ortodoncia		No se cubre (se aplica a todos los niveles)
Beneficio máximo anual		\$1,500
Traslado del Máximo		
Límite de Traslado	El Traslado máximo no se aplica a este plan.	Si \$700
Importe Trasladable		\$350
Importe Trasladable Dentro de la Red		\$500
Límite Trasladable de la Cuenta		\$1250
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	No Aplicable	No Aplicable
Copago por atención en consultorio	\$0	Ninguno
Límites de edad del dependiente	26	26



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

	Opción 1: Managed Dental Care		Opción 2: PPO	
	Usted paga	El plan paga (en promedio)	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva	Red Únicamente			
	Limpieza (profilaxis)	\$0	100%	100%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses [^]		Una vez cada 6 meses
	Tratamientos con fluoruro	\$0-12	100%	100%
	Límites:	Sin límites de edad		Menos de 19 años
Exámenes bucales	Exámenes bucales	\$0	100%	100%
	Mantenimiento periodontal	\$28	100%	100%
	Frecuencia:	2 veces en 12 meses [^] (Estándar)		Una vez cada 3 meses
Selladores (por diente)	Selladores (por diente)	\$8	100%	100%
	Radiografías	\$0	100%	100%
Atención básica	Anestesia* [†]	Se aplican ciertas restricciones	80%	80%
	Empastes [†]	\$20-30	80%	80%
	Cirugía periodontal	\$105-210	80%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	\$126-192	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$25-42	80%	80%
	Extracciones simples	\$23	80%	80%
	Extracciones complejas	\$46-116	80%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	\$580-675	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	\$250-420	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	\$16-230	50%	50%
	Coronas individuales	\$430	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	\$2,500-2,800	No se cubre	No se cubre
	Límites:	Adultos e hijos		
Atención cosmética	Blanqueado	\$165	No se cubre	No se cubre

Managed Dental Care: Un enlace a la lista completa de servicios dentales cubiertos se puede encontrar en la página "Our commitment to you".

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. (Se ofrecen limpiezas adicionales por un copago adicional).



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.

¿Necesita asistencia?

llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00514099

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian si necesita usar sus beneficios dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia del plan. Tenga en cuenta que no se encuentran disponibles las opciones de autoserivicio por teléfono o en línea en Guardian Anytime hasta que se implemente por completo el caso, espere para hablar con un agente cuando llame a la Línea de Ayuda de Guardian.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard 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, déficits 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-1-DG2000 y otros.

Esta póliza otorga cobertura dental únicamente. Esta póliza brinda beneficios dentales gestionados a través de una red de dentistas participantes generales y especializados. Salvo para servicios de emergencia limitados, se aportarán beneficios para servicios del dentista de cabecera seleccionado por el miembro. El miembro debe pagar a su dentista de cabecera un cargo de paciente/copago para la mayoría de los servicios cubiertos. No se pagarán beneficios por el tratamiento de un especialista salvo que lo haya autorizado el dentista de cabecera del paciente y la póliza apruebe la autorización. Solo se cubren los servicios enumerados en el programa de beneficios de la póliza. Ciertos servicios están sujetos a la frecuencia u otras limitaciones de periodicidad. Cuando se incluyen específicamente los beneficios de ortodoncia, la póliza estipula un tratamiento integral por miembro. Salvo que se los incluya expresamente, la póliza Managed Dental Care no ofrece beneficios ortodónticos si se

está realizando una contención o tratamiento ortodóntico integral a la fecha de entrada en vigencia de la póliza Managed Dental Care del miembro. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos correspondientes de Managed Dental

Care actúan como árbitro final de la cobertura. Consulte su Certificado para obtener detalles completos de todas las Exclusiones y Limitaciones. Todos los productos, salvo que se indique lo contrario, están suscritos por The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian") o una de las siguientes subsidiarias de propiedad total de Guardian: Managed Dental Care (CA), First Commonwealth Insurance Company (IL), First Commonwealth Limited Health Services Corporation (IN), First Commonwealth of Missouri, Inc. (MO) y Managed DentalGuard, Inc. (NJ, OH y TX). Cualquier referencia a un tipo de producto específico, incluidos, entre otros, "DHMO" o "Prepaid" no están destinados a referirse a una designación específica de licencia estatal, sino que simplemente se refieren a un diseño general de producto.

Tales productos prepagados o DHMO están licenciados en la jurisdicción aplicable. Adicionalmente, ciertos productos están suscritos por Dominion Dental Services, Inc. (DC, DE, MD, PA y VA) y LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc. (NV), Total Dental Administrators Health Plan, Inc. (AZ). Consulte los formularios de la póliza correspondientes para más detalles. En caso de que exista conflicto entre este folleto y los formularios de la póliza, estos últimos prevalecerán.

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

PERFUME CENTER OF AMERICA INC

ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

Kit creado 10/11/23

Número de Grupo: 00514099

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 transfere 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
\$1,500	\$700	\$350	\$500	\$1,250
Reembolso del máximo de reclamaciones	Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	Se agrega dinero adicional si solo se utilizaron proveedores de la red durante el año de beneficio	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. ° GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America©© Copyright 2019 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.

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

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America
2020-105050 (07/22)

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



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.

Costo promedio del examen de la vista: **\$171**

Costo promedio de marcos y lentes: **\$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: Con el plan **Full Feature**, si visita a uno de los centros de la red de Davis Vision, incluidos los situados en las tiendas Costco®, Wal-Mart®, JCPenney®, Target®, Sam's Club®, Pearle®, Visionworks®, pagará mucho menos de su bolsillo. También puede usar los beneficios de su red por Internet en Visionworks®.com, glasses®.com, WarbyParker®.com, o 1800contacts®.com.

Su plan de visión

Full Feature - Designer

Su red es	Davis Vision	
Su prima semanal	\$ 1.29	
Usted y su cónyuge/pareja doméstica	\$ 2.17	
Usted y sus hijos	\$ 2.21	
Usted, su cónyuge/pareja doméstica e hijo(s)	\$ 3.50	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 20	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 20	

Muestra de servicios cubiertos

Usted paga (después del copago, si corresponde):

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$50
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$48
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$67
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$86
Lentes lentículas	\$0	Monto por encima de \$126
Monturas	80% de monto por encima de \$120*2	Monto por encima de \$48
Lentes de contacto (Electivo y convencional)	85% de monto por encima de \$120*	Monto por encima de \$105
Lentes de contacto (recambio programado y desechables)	85% de monto por encima de \$120*	Monto por encima de \$105
Lentes de contacto (necesarios por razones médicas)	\$0	Monto por encima de \$210
Adiciones cosméticas	Promedio de 40% a 60% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (por adicional de monturas y lentes)	50% en Visionworks y 30% en otros proveedores de la red	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Ahorros del 40 al 50% del precio promedio nacional a través de la red de visión láser Davis	Sin descuentos

Frecuencias de Servicio

Exámenes	Cada año calendario
Lentes (para gafas o lentes de contacto) ##	Cada año calendario
Monturas	Cada dos años calendario
Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas)	Se aplica a la primera compra y descuento de cortesía otorgado por la mayoría de los proveedores en compras posteriores.



Su cobertura de visión

Su plan de visión

Full Feature - Designer

Límites de edad del dependiente

26

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

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

Davis

- #Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- Los lentes de contacto de la Colección Davis Vision están disponibles en la mayoría de las ubicaciones de prácticas privadas con los planes Full Feature y Materials Only. Los lentes de contacto de la colección están cubiertos en su totalidad, incluida la prueba y evaluación, en exceso del copago de materiales del plan. Los lentes de contacto electivos que no sean parte de la Colección se cubren hasta el importe autorizado para lentes de contacto electivos del plan y se dispensa el copago por materiales.
- *No hay descuentos adicionales disponibles en todos los centros de consultorios privados. Costco, Walmart, Sam's Club, glasses.com, y 1800contacts.com no permiten descuentos adicionales.
- En el caso de Davis Vision, los anteojos completos deben comprarse en una única vez de un proveedor. Por ejemplo, si un miembro compra solamente las lentes, no puede comprar monturas luego en el mismo periodo de beneficios. El miembro no podrá obtener nuevos materiales de visión hasta el próximo periodo de beneficios. Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. El saldo no utilizado restante luego de la compra inicial no puede guardarse para utilizarse en el futuro.
- *Extra \$50 en tiendas Visionworks y en Visionworks.com.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de \$39.
- Los miembros pueden usar sus beneficios dentro de la red en visionworks.com, warbyparker.com, glasses.com y 1800contacts.com. Los descuentos adicionales no están disponibles en glasses.com o 1800contacts.com. Los descuentos pueden variar en Warby Parker.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante: Esta póliza solo proporciona seguro médico de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico 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 ortopédicos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas;

tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentes multifocales progresivos, lentes recubiertos o laminados, monturas que excedan el importe autorizado del plan, lentes cosméticos, lentes con protección para rayos ultravioleta y

procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato #GP-1-DAVIS-05-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

Los ahorros dentro de la red de un 40 a un 50 % de descuento en el precio promedio nacional de cirugía Lasik tradicional están disponibles en más de 1000 ubicaciones en toda la red nacional de proveedores de corrección de la vista con cirugía láser de Davis.

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

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 visión. 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-GVSN-17

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de accidentes

Los accidentes ocurren. Con el seguro contra accidentes, usted puede ayudarlos a sentirse más aliviados.

El seguro contra accidentes ofrece un nivel adicional de protección que le proporciona un pago en efectivo para ayudar a cubrir los gastos asociados cuando sufre un accidente inesperado que cumple con los requisitos.

¿Para quién es?

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir un accidente. Es por eso que el seguro contra accidentes es una importante póliza adicional para las personas que desean complementar la cobertura del seguro de salud e incapacidad que ya tienen de forma individual o a través de un empleador.

¿Qué cubre?

El seguro de accidentes le paga una suma total de beneficios después de sufrir un accidente. Esto podría ser más de 40 circunstancias diferentes, entre las que se incluyen las siguientes: tratamiento de emergencia, ambulancia, quemaduras, dislocaciones, fracturas, hospitalización y cirugía.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede ser más costosa con copagos, primas y deducibles más elevados. El seguro contra accidentes puede ser una manera sencilla y asequible de ayudar a complementar y cubrir los gastos adicionales que es posible que su seguro de salud e incapacidad no cubra, incluidos radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso cosas como alquiler o comestibles.

Además, el seguro contra accidentes es transferible y los pagos se hacen directamente a usted.

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



Mayor apoyo durante la recuperación

Amanda se fracturó la pierna al caerse de su bicicleta y necesita tratamiento de emergencia.

Gasto promedio del tratamiento no quirúrgico de la pierna fracturada:
\$2,500

Deducible médico principal promedio:
\$1,500

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Amanda sigue siendo responsable por el 20%: **\$200**

Monto total del gasto de bolsillo de Amanda (deducible + coseguro):
\$1,700

La póliza contra accidentes de Guardian que tiene Amanda le paga un beneficio de **\$1,700**, que cubre todos sus gastos de bolsillo.

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



Su cobertura por accidente

ACCIDENTES

COBERTURA - DETALLES

Su prima Semanal	\$3.56
Usted y su cónyuge	\$5.81
Usted y sus hijos	\$5.86
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$8.11
Tipo de cobertura de accidentes	Fuera o dentro de su empleo
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.	Incluido
MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO(S)	
Monto del beneficio	Empleado \$25,000 Cónyuge \$12,500 Hijo \$5,000
Pérdida catastrófica	Cuadriplejía, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejía y paraplejía: 50% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Transporte público	200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Desastre común	200% del beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro del cónyuge Único: 50% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Múltiple: 100% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Pérdida de miembros: mano, pie, vista	25% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Pérdida de miembros: pulgar/dedo índice misma mano, cuatro dedos de la misma mano, todos los dedos del mismo pie.	
Cinturones de seguridad y bolsas de aire	Cinturones de seguridad: \$10,000 - Bolsas de aire: \$15,000
Adaptación razonable de vivienda o vehículo	\$2,500
Límite de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad
CARACTERÍSTICAS	
Tratamiento de accidentes en salas de emergencia	\$175
Visita de seguimiento de accidentes - Médico	\$50 hasta 6 tratamientos
Ambulancia aérea	\$1,000
Ambulancia	\$150
Aparatos: silla de ruedas, férula para pierna o espalda, muletas, caminador, boca para caminar por encima del tobillo o cuello ortopédico.	\$125
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$300



Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

Quemaduras (segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000
Quemadura/injerto de piel	50% del beneficio por quemadura
Deporte organizado para niños: el beneficio se paga si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto participa en un encuentro de deporte organizado regulado por una organización, y requiere una inscripción formal para participar.	20% aumento para beneficios por hijo
Visitas quiróprácticas	\$25 por visita hasta 6 visitas
Coma	\$10,000
Concusión	\$75
Dislocación	Anexo hasta \$4,400
Examen diagnóstico (principal)	\$150
Trabajo dental de emergencia	\$300/corona, \$75/Extracción
Manejo del dolor epidural	\$100, 2 veces por accidente
Lesiones oculares	\$300
Atención familiar	\$20/día hasta 30 días
Fracturas	Anexo hasta \$5,500
Ingreso hospitalario	\$1,000
Internación hospitalaria	\$165/día - hasta 1 año
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$2,000
Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$165/día - hasta 15 días
Tratamiento en establecimiento de atención de urgencias/consultorio de médico inicial	\$75
Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omoplato)	\$2,500/\$1,250/\$1,250
Cartílago de rodilla	\$500
Laceration	Anexo hasta \$400
Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado.	\$125/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante
Terapia física u ocupacional	\$25/día hasta 10 días
Prótesis o dispositivo protésico	1: \$500 2 o más: \$1,000
Internación en unidad de rehabilitación	\$150/día hasta 15 días
Hernia discal con reparación quirúrgica	\$500
Cirugía	Anexo hasta \$1,250 Hernia: \$150
Cirugía - Exploratoria o Artroscópica	\$250
Mango rotador/ligamentos/tendones	1: \$500 2 or more: \$1,000
Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento especial en un hospital o establecimiento en razón de un accidente cubierto.	\$500, 3 veces por accidente



Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

Rayos X

\$30

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Transporte público:** El beneficio se paga si la muerte de un asegurado ocurre en razón de un accidente cuando viaja en transporte público y pague pasaje. Si se paga este beneficio, no pagamos el beneficio por Muerte Accidental.
- **Desastre común:** El beneficio se paga si tanto usted como su cónyuge fallecen en un accidente cubierto o en accidentes cubiertos separados dentro del mismo período de 24 horas.
- **Adaptación razonable:** El beneficio se paga si es necesario realizar una modificación en la vivienda o vehículo del asegurado debido a una Pérdida Catastrófica o un Pérdida de miembros Accidental.
- **Tratamiento para accidentes en salas de emergencia:** solo se pagan beneficios cuando un asegurado se somete a evaluación médica o recibe tratamiento en un plazo de 72 horas después de un accidente cubierto.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN ACCIDENTES:

Para poder recibir la cobertura, los empleados deben trabajar en Estados Unidos. Suscripción debe aprobar la cobertura de empleados en tareas temporarias: (a) por más de 1 año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar, sujeto a las variaciones propias de cada estado.

Esta propuesta resume las características principales del plan de beneficios para Accidentes de Guardian. No tiene por fin ser una declaración completa del plan propuesto. Para obtener información completa sobre el plan, incluidas las exclusiones y limitaciones, por favor consulte su Póliza.

Esta propuesta está cubierta sujeta a evaluación financiera satisfactoria.

No pagamos beneficios por ninguna lesión causada por o relacionada directamente o indirectamente con: padecimiento, enfermedad, trastorno mental o tratamiento médico o quirúrgico; que la persona cubierta esté intoxicada según se define en la ley; guerra declarada o no declarada, acto de guerra o agresión armada; servicio en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional o las reservas militares de cualquier estado o país; tomar parte en revueltas o disturbios civiles; cometer o intentar cometer un delito grave; lesión intencionalmente autoinfligida, en estado de cordura o demencia; suicidio o intento de suicidio, en estado de cordura o demencia; viaje o vuelo en cualquier tipo de aeronave,

incluida cualquier aeronave propiedad de o para el titular de la póliza, excepto como pasajero que paga la tarifa en un transportista común; participación en cualquier tipo de actividad deportiva para compensación o ganancia, incluyendo entrenamiento o arbitraje; montar o conducir un vehículo motorizado en una carrera, un espectáculo de acrobacias o una prueba de velocidad; participación en ala delta, puenting, parapente, paravelismo, vuelo en globo, paracaidismo o caída libre; un accidente que ocurrió antes de que la persona cubierta esté cubierta por este plan; lesiones a un niño dependiente recibidas durante el nacimiento; uso voluntario de cualquier veneno, producto químico, medicamento recetado o no recetado o sustancia controlada a menos que: (1) fue prescrito por un médico para una persona cubierta, y (2) se usó según lo prescrito. En el caso de un medicamento sin receta, este Plan no paga ningún Accidente resultante o contribuido por el uso de una manera inconsistente con las instrucciones del paquete. "Sustancia Controlada" significa cualquier cosa llamada sustancia controlada en el Título II de la Ley de Prevención y Control Integral del Abuso de Drogas de 1970, con sus modificaciones ocasionales. Se excluyen las lesiones relacionadas con el trabajo o en el trabajo para el empleado si la cobertura del accidente es solo fuera del trabajo.

Contrato N° GP-1-AC-IC-12

Si la prima del seguro de accidentes es pagada antes de los impuestos, el beneficio puede estar sujeto a impuestos. Comuníquese con su asesor fiscal o legal sobre el tratamiento fiscal de los beneficios de su póliza.



Su cobertura por accidente

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

AVISO IMPORTANTE: COMPRENDO QUE ESTA PÓLIZA NO BRINDA COBERTURA POR ENFERMEDAD.
Formulario de la póliza # GP-1-AC-BEN-12, et al.; GP-1-LAH-12R; GP-1-ACC-18

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Nuestro compromiso con usted

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

Información importante



Formulario de verificación médica de Nueva York

Formulario de preguntas para saber si los solicitantes a la cobertura por Accidente o Enfermedad especificada cuentan con un plan de seguro médico en la fecha de entrada en vigor o en la fecha de renovación.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notices54> para obtener más información.

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



Plan DHMO y Programas de ortodoncia, Limitaciones y exclusiones, Letra chica

Puede incluir una o más de las siguientes publicaciones, según el plan y el estado: Gastos del bolsillo del empleado según los códigos CDT, resumen breve de las limitaciones y exclusiones aplicables al plan DHMO y normas importantes del plan para: tratamiento alternativo y de emergencia, coronas, puentes y dentaduras postizas; servicios pediátricos; segundas opiniones quirúrgicas; metal noble y metal noble superior; anestesia general y sedación intravenosa; tratamiento ortodóntico; tratamiento en curso y continuidad de la atención.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice202> 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



THE GUARDIAN LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Formulario de inscripción a seguro colectivo
Página 1 de 6

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan AMERICA INC	PERFUME CENTER OF	Número de plan colectivo: 005 14099	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información			

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

Clase: _____ División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su Empleado/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 Empleado/Titular del plan: _____	Número de seguro social o número de identificación del contribuyente (TIN) _____
Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.		

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Identidad de Género: M F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____

Teléfono: (indicar primaria): la casa (____) ____ - ____
 trabajar (____) ____ - ____
 el telefono movil (____) ____ - ____

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

?Está casado o en una unión civil? SI No Fecha de matrimonio/unión civil: ____ - ____ - ____
 Tiene hijos u otros dependientes? SI No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____

Acerca de su trabajo: Horas trabajadas por semana: _____ Puesto de trabajo: _____

Condición de trabajo:
 Activo Jubilad Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____
 COBRA/Continuación estatal _____

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) o TIN 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. anish output needed

Número de plan colectivo de Guardian: **00514099**

Escriba el nombre del empleado con letra de molde:

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

Su prima Semanal	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro o y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Managed Dental Care	<input type="checkbox"/> \$3.98	<input type="checkbox"/> \$7.96	<input type="checkbox"/> \$9.42	<input type="checkbox"/> \$12.76
Opción 2: PPO	<input type="checkbox"/> \$9.45	<input type="checkbox"/> \$19.18	<input type="checkbox"/> \$23.65	<input type="checkbox"/> \$35.56

• Si elige el plan de atención dental administrada, debe tener un Dentista de Cabeceera (POD). Sirvase designar a su Dentista de Cabeceera indicando el número de ubicación del consultorio dental para cada persona. Visite guardianlife.com y obtenga una lista de proveedores. Si usted no selecciona un Dentista de Cabeceera, nosotros le asignaremos uno.

Empleado/Miembro _____ Cónyuge _____ Hijos _____

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.

Su prima semanal	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Full Feature - Designer	<input type="checkbox"/> \$1.29	<input type="checkbox"/> \$2.17	<input type="checkbox"/> \$2.21	<input type="checkbox"/> \$3.50

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 Accidentes Para cubrir a sus miembros de la familia, usted debe estar inscrito.. Marcar un casillero únicamente.

COMPRENDO QUE ESTE ES UN SEGURO ESPECÍFICO DE ENFERMEDAD. ES UN COMPLEMENTO AL SEGURO DE SALUD Y NO SUSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD MAYOR. LA AUSENCIA DE UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD MAYOR (O DE OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE RESULTAR EN PAGOS ADICIONALES JUNTO CON LOS IMPUESTOS. RECONOZCO QUE CUENTO CON COBERTURA HOSPITALARIA INTEGRAL, DE CIRUGÍA Y DE SALUD (COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA):

Su prima Semanal	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro s y cónyuge	Empleado/Miembros y dependientes/hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
	<input type="checkbox"/> \$3.56	<input type="checkbox"/> \$5.81	<input type="checkbox"/> \$5.86	<input type="checkbox"/> \$8.11

No deseo esta cobertura.

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

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

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____
Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____
Nombre: _____ Número de seguro social: _____ %
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____
Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____
Beneficiario Contingente: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____
Teléfono: () - _____ Relación con Empleado/Miembro _____

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

Conyuge y dependiente/hijo(s): Si el beneficiario previsto es una persona que no sea el Empleado/Miembro, complete el formulario de designación de beneficiario. Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

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

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.
Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardían de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

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

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

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

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

Firma

- 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.
- 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 Guardían 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.
- Acepto que mi [empleado/titular del plan] o el administrador designado de mi empleador deduzca las primas de mi salario, aplique primas a mi tarjeta de crédito o de débito, agregue primas a las sumas que adeudo, retire primas de mi cuenta bancaria designada, aplique primas a mi tarjeta de crédito o de débito si la cobertura que he seleccionado anteriormente así lo exige.
- Declaro que la información que indico más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

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.

Entiendo que este es un seguro solo para accidentes, de indemnización hospitalaria o por enfermedad especificada. No ofrece cobertura para otras enfermedades. Esto es un suplemento al seguro médico y no sustituye la cobertura médica principal. La falta de cobertura médica principal (u otra cobertura mínima esencial) puede dar como resultado pagos adicionales con mis impuestos. Con mi firma a continuación, reconozco que tengo un seguro médico integral hospitalario, quirúrgico y médico. Comuníquese con nosotros al 1-800-541-7846 si tiene preguntas acerca de los beneficios que proporciona esta cobertura.

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

FIRMA DEL EMPLEADO/MIEMBRO X _____ FECHA _____

Declaraciones de advertencia de fraude

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

