



Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Sus opciones de cobertura



**Seguro
de cáncer**

Apoyo financiero después de
un diagnóstico de cáncer

Conozca sus beneficios

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

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de cáncer

Si se le diagnostica cáncer, lo último en lo que debe pensar es el costo. El seguro para el cáncer ayuda a aliviar la carga financiera.

Cada año, cada vez más personas son diagnosticadas con cáncer. Desafortunadamente, además de enfrentarse al impacto físico y emocional de esta enfermedad, los pacientes a menudo se ven abrumados por los gastos financieros adicionales.

¿Para quién es?

El seguro de cáncer es para las personas que desean mayor protección financiera, además de su seguro médico regular. En esto, también se considera si se le diagnostica un cáncer, ya que se ofrece apoyo financiero adicional con el fin de mantener el enfoque en su tratamiento y recuperación del cancer.

¿Qué cubre?

Los beneficios del seguro de cáncer pueden ayudarlo a manejar los deducibles del plan médico, los copagos y otros costos de su bolsillo proporcionándole beneficios cuando recibe tratamiento de radioterapia o quimioterapia, o bien si es hospitalizado para una cirugía para tratar el cáncer. Estos beneficios se pueden utilizar para gastos no médicos, como transporte a centros de tratamiento e incluso gastos cotidianos, como en comestibles, alquiler y pagos de hipotecas.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede ser más costosa con copagos, primas y deducibles más elevados. Los gastos de bolsillo inesperados ocasionados por la recuperación del cáncer, incluidos el transporte, los copagos y los deducibles, pueden ir sumando rápidamente. Además, algunos de los costos en los que puede incurrir durante la recuperación no son médicos, como la cobertura de una hipoteca, guardería y gastos domésticos. El seguro de cáncer puede ayudarlo a pagar todos sus gastos.

Además, el seguro de cáncer es transferible y los pagos se realizan directamente a usted.

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



Apoyo adicional

Sarah es diagnosticada con cáncer de riñón después de un examen de detección y decide someterse a una cirugía de extracción de riñón.

Gasto quirúrgico promedio: **\$25,000**

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

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Sarah es responsable del 20%: **\$4,700**

Monto total del gasto de bolsillo de Sarah (deducible + coseguro): **\$6,200**

Sarah tiene la póliza Cancer Advantage de Guardian, la cual le paga **\$2,500** como un beneficio de diagnóstico inicial y **\$2,100** para una hospitalización de 7 días.

Esto le da un total de **\$4,600** para ayudarlo a cubrir una parte del monto de su gasto de bolsillo.

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



Su cobertura por cáncer

CÁNCER

COBERTURA - DETALLES	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL: Se paga cuando se le diagnostica un cáncer invasivo interno por primera vez mientras está asegurado por este Plan.		
Monto del beneficio	Empleado \$2,500 Cónyuge \$2,500 Hijo \$2,500	Empleado \$5,000 Cónyuge \$5,000 Hijo \$5,000
Período de carencia de beneficios: período específico de tiempo a contar desde la fecha de entrada en vigencia durante el cual no se pagarán los beneficios de Diagnóstico Inicial.	30 Días	30 Días
EXAMEN DE CÁNCER		
Monto de beneficio	\$50; \$50 para el examen de seguimiento	\$75; \$75 para el examen de seguimiento
RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA		
Beneficio	Programar cantidades de hasta \$10,000 de beneficio máximo al año.	Programar cantidades de hasta \$15,000 de beneficio máximo al año.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	Período retrospectivo de 12 meses, Período de exclusión de 12 meses.	Período retrospectivo de 12 meses, Período de exclusión de 12 meses.
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Cáncer con usted si se extingue su relación laboral. El plan con Cáncer Incorporado finaliza a los 70 años de edad.	Incluido	Incluido
Límites de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad	Niños de nacimiento a 26 años de edad
CARACTERÍSTICAS		
Ambulancia aérea	\$1,500/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria	\$2,000/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria
Atención alternativa	Ningún beneficio	\$50/visita hasta 20 visitas
Ambulancia	\$200/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria	\$250/viaje, con un límite de 2 viajes por internación hospitalaria
Anesthesia	25% de beneficio quirúrgico	25% de beneficio quirúrgico
Antináuseas	\$50/día hasta \$150 por mes	\$50/día hasta \$250 por mes
Médico interviniente	\$25/día mientras esté internado en hospital. Límite de 75 visitas.	\$25/día mientras esté internado en hospital. Límite de 75 visitas.
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$100/día hasta \$5,000 por año	\$200/día hasta \$10,000 por año
Médula ósea/Células madre	Médula ósea: \$7,500 Células madre: \$1,500 50% de beneficio por el segundo trasplante. \$1,000 de beneficio si es donante	Médula ósea: \$10,000 Células madre: \$2,500 50% de beneficio por el segundo trasplante. \$1,500 de beneficio si es donante
Tratamiento experimental	\$100/día hasta \$1,000/mes	\$200/día hasta \$2,400/mes



Su cobertura por cáncer

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
Atención de enfermería calificada/establecimiento de atención extendida	\$100/día hasta 90 días por año	\$150/día hasta 90 días por año
Hospital de caridad o del gobierno	\$300 por día en lugar de todos los demás beneficios	\$400 por día en lugar de todos los demás beneficios
Atención médica domiciliaria	\$50/visita hasta 30 visitas por año	\$100/visita hasta 30 visitas por año
Terapia con hormonas	\$25/tratamiento y hasta 12 tratamientos por año	\$50/tratamiento y hasta 12 tratamientos por año
Hospicio	\$50/día hasta 100 días/de por vida	\$100/día hasta 100 días/de por vida
Internación en un hospicio	\$300/día por los primeros 30 días; \$600/día por el día 31 en adelante de internación	\$400/día por los primeros 30 días; \$800/día por el día 31 en adelante de internación
Internación en una unidad de cuidados intensivos	\$400/día por los primeros 30 días; \$600/día por el día 31 en adelante por internación	\$600/día por los primeros 30 días; \$800/día por el día 31 en adelante por internación
Inmunoterapia	\$500 por mes, con un máximo de \$2,500 de por vida	\$500 por mes, con un máximo de \$2500 de por vida
Enfermería especial hospitalaria	\$100/día hasta 30 días por año	\$150/día hasta 30 días por año
Imágenes médicas	\$100/imagen hasta 2 por año	\$200/imagen hasta 2 por año
Alojamiento de pacientes ambulatorios y familiares: El alojamiento debe ser a más de 50 millas de su domicilio.	\$75/día, hasta 90 días por año	\$100/día, hasta 90 días por año
Centro quirúrgico ambulatorio	\$250/día, 3 días por procedimiento	\$350/día, 3 días por procedimiento
Terapia del habla o física	\$25/visita hasta 4 visitas por mes, \$400 máximo de por vida	\$50/visita hasta 4 visitas por mes, \$1,000 máximo de por vida
Prótesis	Implante quirúrgico: \$2,000/dispositivo, \$4,000 máximo de por vida No quirúrgica: \$200/dispositivo, con un máximo de \$400 de por vida	Implante quirúrgico: \$3,000/dispositivo, \$6,000 máximo de por vida No quirúrgica: \$300/dispositivo, con un máximo de \$600 de por vida
Cirugía reconstructiva	Reconstructiva con colgajo TRAM: \$2,000 Reconstrucción de mama \$500 Simetría de mama \$250 Reconstrucción facial \$500	TRAM en mama \$3000 Reconstrucción de mama \$700 Simetría de mama \$350 Reconstrucción facial \$700
Beneficio en reproducción	Ningún beneficio	Implante de óvulo \$1,500, almacenamiento de esperma u óvulo \$500, con un máximo de \$2000 de por vida
Segunda opinión quirúrgica	\$200/procedimiento quirúrgico	\$300/procedimiento quirúrgico
Cáncer de piel	Biopsia únicamente: \$100 Cirugía reconstructiva: \$250 Escisión de cáncer de piel: \$375 Escisión de cáncer de piel con injerto o colgajo: \$600	Biopsia únicamente: \$100 Cirugía reconstructiva: \$250 Escisión de cáncer de piel: \$375 Escisión de cáncer de piel con injerto o colgajo: \$600
Beneficio quirúrgico	Monto de anexo hasta \$4,125	Monto de anexo hasta \$5,500
Transporte/Transporte de acompañante - Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento por cáncer interno.	\$0.50/milla hasta \$1,000 por viaje ida y vuelta/beneficio equivalente para acompañante	\$0.50/milla hasta \$1,500 por viaje ida y vuelta/beneficio equivalente para acompañante



Su cobertura por cáncer

CARACTERÍSTICAS (Cont.)	Opción 1: Advantage Plan	Opción 2: Premier Plan
Dispensa del pago de primas: si pasara a tener una incapacidad por el cáncer que le es diagnosticado después de la fecha de entrada en vigencia del empleado, y la incapacidad continúa por 90 días, dispensaremos del pago de las primas debidas después de ese plazo de 90 días y mientras continúe la incapacidad.	Incluido	Incluido

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Cuidados alternativos:** se pagan beneficios por cuidados paliativos (hipnosis o biofeedback) o beneficios de por vida, como visitas a un profesional acreditado para dejar de fumar, yoga, meditación, técnicas de relajación y asesoramiento en nutrición.
- **Cáncer:** cáncer significa que usted ha sido diagnosticado de una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas en alguna parte del cuerpo. Esto incluye leucemia, mal de Hodgkin's, linfoma, sarcoma, tumores malignos y melanoma. Cáncer incluye carcinomas in situ (en el lugar normal o natural, confinadas al sitio de origen, sin invasión en tejido vecino). Las condiciones premalignas con potencial de transformarse en malignas, como el síndrome mieloproliferativo y la mielodisplasia, carcinoide, leucoplasia, hiperplasia, queratosis actínicas, policitemia y melanoma no maligno, lunares o lesiones o enfermedades similares no serán consideradas cáncer. El cáncer debe ser diagnosticado mientras esté asegurado bajo el plan de cáncer de Guardian.
- **Tratamiento experimental:** los beneficios se pagarán por el tratamiento experimental prescrito por un médico con el fin de destruir o modificar el tejido anormal. Todos los tratamientos deberán estar incluidos en el NCI como tratamiento experimental viable para el Cáncer Interno.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Resumen de limitaciones y exclusiones en Cáncer:

La suscripción de emisión condicional se requiere para quienes se inscriban fuera del plazo de inscripción inicial.

Este plan no pagará beneficios por: Servicios o tratamientos no incluidos en las Características. Servicios o tratamiento prestado por un miembro de la familia. Servicios o tratamiento prestado para internación hospitalaria fuera de Estados Unidos. Cáncer diagnosticado sólo fuera de Estados Unidos. Servicios o tratamiento ofrecido principalmente con fines cosméticos. Servicios o tratamiento de condiciones premalignas. Servicios o tratamientos de condiciones con potencial maligno. Servicios o tratamiento de enfermedades no cancerígenas.

Cáncer causado por, con el aporte de o que surja de: la participación en un delito, conmoción civil o insurrección; lesiones auto-infligidas intencionalmente: comisión o intento de comisión de suicidio en estado de demencia o en pleno uso de facultades; enfermedad mental o emocional, alcoholismo o adicción a las drogas; participación en actividades ilícitas; o prestación de servicios a las fuerzas armadas o alguna unidad auxiliar de las fuerzas armadas de algún país.

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

Contrato N° GP-I-CAN-IC-12

El seguro por cáncer 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 solo proporciona seguro médico de beneficios limitados. 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.

Formulario de la póliza # GP-1-CAN-IC-12, et al, GP-1-LAH-12R



Nuestro compromiso con usted

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

Información importante



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

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

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

Servicios de idiomas sin costo

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

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

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador/Titular del plan MADISON COUNTY SCHOOL DISTRICT	Número de plan colectivo: 00565312	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 Empleador/Titular del plan)

Acerca de usted: Nombre legal completo, Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: Cal es el nombre con el que pasas? (opcional)	Identificación proporcionada por el Empleador/Titular del plan: _____	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____			
Teléfono: (indicar primaria): <input type="checkbox"/> la casa (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> trabajar (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> el telefono movil (____) ____ - ____			
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) <input type="checkbox"/> la casa _____ <input type="checkbox"/> trabajar _____			
¿Está casado o en una unión civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de matrimonio/unión civil: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____			

Acerca de su trabajo:	Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilad <input type="checkbox"/> COBRA/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	Salario anual: \$ _____

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

Si necesita espacio adicional, adjune una página separada con esta información junto 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 (dondequiera que aparezca el término "Cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio de unión civil". Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -		Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común
Hijo/dependiente 2: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común
Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () -	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cancelar	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marque según corresponda) <input type="checkbox"/> Estudiante (educación superior) <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Dependiente no común

<p>Cancelar cobertura:</p> <p><input type="checkbox"/> Cancelar Empleado/Miembro <input type="checkbox"/> Cancelar Dependientes/Familiares</p> <p>La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario.</p> <p>Último día de cobertura: ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Extinción de la relación laboral <input type="checkbox"/> Jubilación</p> <p>Último día trabajado: ____ - ____ - ____</p> <p><input type="checkbox"/> Otra razón: _____</p> <p>Fecha del evento: ____ - ____ - ____</p>	<p>Cobertura a cancelar:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de vida a término básico</p> <p><input type="checkbox"/> Vida a término voluntario</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado/Miembro <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)</p>
<p>Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones:</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy cubierto por otro plan de seguros.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>(es posible que se solicite información adicional)</p>	

Cobertura contra el Cáncer Para cubrir a sus dependientes/familiares, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.				
Su prima Mensual	Empleado/Miembros solamente	Empleado/Miembros y cónyuge	Empleado/Miembros y dependientes/hijos	Empleado/Miembros, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Advantage Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opción 2: Premier Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No deseo esta cobertura.

Firma

- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador/titular del plan pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Toda persona que, con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación o solicitud de seguros que contenga información sustancialmente falsa u oculte información, con fines de engaño o información sobre hechos relevantes, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y podría estar sujeto a sanciones civiles y quedar privado de los beneficios del seguro.

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

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.