



Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

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

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

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral



Seguro de visión

Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados

Conozca sus beneficios

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

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

1

Lea esta información.

2

Obtenga más información sobre sus beneficios.

3

Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro dental

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

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

¿Para quién es?

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

¿Qué cubre?

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

¿Por qué debería considerarlo?

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



Mantenerse saludable

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

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

Enfermedad cardiovascular:

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

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

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

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

Fuente: Una pizca de prevención: El vínculo entre el cuidado dental preventivo y una mejor salud y bienestar bucales, estudio anual de beneficios en el lugar de trabajo de Guardian número 12 de 2024

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.

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

MRM RESIDENTIAL MANAGEMENT, LLC DBA MERION RESIDENTIAL

MRM

2025-8140766.1 (07/27)

Kit creado 04/21/2026
Número de Grupo: 00067234



Su cobertura dental

Opción 1: Value, tendrá acceso a una de las redes de dentistas más grandes con dos niveles de reembolso que le darán más control sobre sus ahorros. Siempre ahorrará dinero cuando visite a un dentista de la red de Guardian y en el caso de que pertenezcan a un nivel de reembolso de la Nivel 1, su ahorro será aún mayor. El reembolso de los servicios cubiertos recibidos de un dentista no contratado se basará en el programa de honorarios de Guardian.

Opción 2: NAP, tendrá acceso a una de las redes de dentistas más grandes con dos niveles de reembolso que le darán más control sobre sus ahorros. Siempre ahorrará dinero cuando visite a un dentista de la red de Guardian y en el caso de que pertenezcan a un nivel de reembolso de la Nivel 1, su ahorro será aún mayor. El reembolso de los servicios cubiertos recibidos de un dentista no contratado se basará en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	Opción 1: Value		Opción 2: NAP	
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Su red es DentalGuard Preferred Network	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Deducible por Año calendario	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia (se aplica a todos los niveles)		3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Atención preventiva	100%	100%	100%	100%
Atención básica	100%	100%	80%	80%
Atención mayor	60%	60%	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
Beneficio máximo anual	\$2000 (se aplica a todos los niveles)		\$2000 (se aplica a todos los niveles)	
Traslado del Máximo	Sí (se aplica a todos los niveles)		Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado	\$800		\$800	
Importe Traslable	\$400		\$400	
Importe Traslable Dentro de la Red	\$600		\$600	
Límite Traslable de la Cuenta	\$1500		\$1500	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$1500 (se aplica a todos los niveles)		\$1500 (se aplica a todos los niveles)	
Límites de edad del dependiente	26 (se aplica a todos los niveles)		26 (se aplica a todos los niveles)	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: Value <i>El plan paga (en promedio)</i>		Opción 2: NAP <i>El plan paga (en promedio)</i>	
		Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	100%	100%	100%	100%
	Frecuencia:	2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)		2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)		Menos de 14 años (se aplica a todos los niveles)	
	Exámenes bucales	100%	100%	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%	100%	100%
	Radiografías	100%	100%	100%	100%
Atención básica	Anestesia*	100%	100%	80%	80%
	Empastes†	100%	100%	80%	80%
	Cirugía periodontal	100%	100%	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	100%	100%	80%	80%
	Frecuencia:	2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)		2 en 12 meses (se aplica a todos los niveles)	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	100%	100%	80%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	100%	100%	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	100%	100%	80%	80%
	Extracciones simples	100%	100%	80%	80%
	Extracciones complejas	100%	100%	80%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	60%	60%	50%	50%
	Implantes dentales	60%	60%	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	60%	60%	50%	50%
	Coronas individuales	60%	60%	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
	Límites:	Hijos (se aplica a todos los niveles)		Hijos (se aplica a todos los niveles)	

La Organización de Proveedores Preferentes de Guardian está formada por Dentistas en la red DentalGuard Preferente ("DGP"). Estos niveles representan la escala de beneficios específicos, tal como se describe en Su Programa de Beneficios. El acceso a la red difiere de acuerdo a la ubicación geográfica y el código postal. Por favor, visite www.Guardianlife.com y confirme su participación de Dentista estructurada por niveles.



Su cobertura dental

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 es solo para “Niños”, la edad límite para dependientes y la edad límite para ortodoncia pueden diferir. Revise su certificado de beneficios a fin de confirmar el límite de edad específico para el tratamiento de ortodoncia. Para que la ortodoncia esté cubierta, el aparato de ortodoncia debe colocarse antes del límite de edad para ortodoncia establecido por su plan. Si su plan exige la condición de estudiante de tiempo completo para permanecer asegurado después de determinada edad, entonces el tratamiento de ortodoncia puede continuar mientras se mantenga dicha condición. Si la cobertura de ortodoncia es para “Adultos y niños”, esta limitación no aplica.**

*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:

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

Busque un dentista:

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° DG7-P y otros.

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

Programa de recompensas Oral Health Rewards

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

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

Cómo funciona el trasladable máximo *

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

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

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



Traspaso automático

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

Guardian choice

Con el seguro dental de Guardian, tiene la flexibilidad de elegir un plan que se adapte a sus necesidades y lo ayude a ahorrar.

Los dos planes dentales disponibles están diseñados para mantenerlo saludable, y cuentan con primas idénticas. Las diferencias entre estos planes se resumen a continuación, y usted puede cambiar de plan cada año durante el período de inscripción anual.



Ahorrar es sencillo

Visite guardiananytime.com/fpapp/search o descargue la **aplicación móvil Guardian Anytime** para encontrar un médico de la red cerca de su ubicación.

Elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades

Elija entre:

	Value Plan	Network Access Plan
Descripción	Los beneficios dentro y fuera de la red se pagan con los mismos porcentajes de coseguro. Con ambos planes conserva la libertad de acudir a cualquier dentista, dentro o fuera de la red.	
Coseguro	Los servicios de prevención se cubren en un 100%. El coseguro por otros servicios es más alto que el que paga con Network Access Plan (mayor cobertura).	Los servicios de prevención se cubren en un 100 %. El coseguro por otros servicios es inferior al que paga con Value Plan (menos cobertura).
Dentro de la red	Los beneficios para los miembros se basan en las tarifas con descuento (negociadas).	
Fuera de la red	Los miembros pagan la diferencia con respecto a las tarifas negociadas de la red.	Los costos para los miembros se basan en las tarifas usuales y habituales (UCR).

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. Formulario de la póliza n.º GP-1-DG2000 y otros.



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. * Guardian nunca le pedirá que proporcione información personal confidencial, como su número de seguro social o fecha de nacimiento, ni que inicie sesión mediante códigos QR.



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.

David siente fatiga visual y nota que no ve ciertas cosas con la misma claridad que antes. Se realiza un examen ocular y se le diagnostica miopía, lo que significa que necesita anteojos.

Su plan de visión lo ayuda a encontrar un oftalmólogo de calidad y a pagar el examen, y le permite comprar anteojos nuevos con descuento.

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	Full Feature	
Su red es	VSP Choice Network	
Su prima quincenal	\$ 2.68	
Usted y su cónyuge	\$ 4.29	
Usted y sus hijos	\$ 4.38	
Usted, su cónyuge e hijo(s)	\$ 7.06	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 25	
Muestra de servicios cubiertos	<i>Usted paga (después del copago, si corresponde):</i>	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$39
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$23
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$37
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$49
Lentes lenticulares	\$0	Monto por encima de \$64
Monturas	80% del monto por encima de \$130 ¹	Monto por encima de \$46
Límite de Armazón de Costco, Walmart y Sam's Club	Monto por encima de \$0	
Lentes de contacto (<i>Electivos</i>)	Monto por encima de \$130	Monto por encima de \$100
Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>)	\$0	Monto por encima de \$210
Lentes de contacto (<i>examen de evaluación y ajuste</i>)	15% de descuento sobre el costo usual, acostumbrado y razonable (UCR)	Sin descuentos
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>)	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	Sin descuentos
Frecuencias de Servicio		
Exámenes	Cada año calendario	
Lentes (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) ‡‡	Cada año calendario	
Monturas	Cada dos años calendario‡‡‡	



Su cobertura de visión

Su plan de visión	Full Feature
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:	Regístrese en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.

VSP

- Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** Para que se aplique el descuento, su compra debe realizarse dentro de los 12 meses del examen de la vista.
- 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 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 ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para 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 árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-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 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-I-GVSN-17

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



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 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 MRM RESIDENTIAL MANAGEMENT, LLC DBA MERION RESIDENTIAL		Número de plan colectivo: 00067234	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA cobertura		☐ Inscripción inicial ☐ Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares ☐ Cancelar/rechazar	
☐ 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: MRM 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: ☐ 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? ☐ Sí ☐ No Fecha de matrimonio/unión civil: ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? ☐ Sí ☐ No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____					

<u>Acerca de su trabajo:</u>	Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: ☐ Activo ☐ Jubilad ☐ COBRA/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	

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: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 2: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 3: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 4: Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: Teléfono: () - -	☐ Agregar ☐ Cancelar	Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	Condición (marque según corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común

<u>Cancelar cobertura:</u> ☐ Cancelar Empleado/Miembro ☐ Cancelar Dependientes/Familiares La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: _____ - _____ - _____ ☐ Extinción de la relación laboral ☐ Jubilación Último día trabajado: _____ - _____ - _____ ☐ Otra razón: _____ Fecha del evento: _____ - _____ - _____	<u>Cobertura a cancelar:</u> ☐ Seguro dental ☐ Empleado/Miembro ☐ Cónyuge ☐ Hijo(s) ☐ Plan de Visión ☐ Empleado/Miembro ☐ Cónyuge ☐ Hijo(s) ☐ Seguro de vida a término básico ☐ Vida a término voluntario
<u>Pérdida de otra cobertura:</u> ☐ Extinción de la relación laboral: _____ - _____ - _____ ☐ Divorcio _____ - _____ - _____ ☐ Muerte del cónyuge _____ - _____ - _____ ☐ Finalización o vencimiento de la cobertura _____ - _____ - _____ Pérdida de la cobertura ☐ Seguro dental ☐ Vista	Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones: ☐ Estoy cubierto por otro plan de seguros. ☐ Otros _____ (es posible que se solicite información adicional)

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

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro o y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: Value	☐	☐	☐	☐
Opción 2: NAP	☐	☐	☐	☐

☐ 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 quincenal	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro y cónyuge	Empleado/Miembro y dependientes/hijos	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
Full Feature	☐ \$2.68	☐ \$4.29	☐ \$4.38	☐ \$7.06

☐ 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

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 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.