



## Bienvenido a los

# Beneficios en el lugar de trabajo

### Todos merecen un Guardian

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

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

### Sus opciones de cobertura



**Seguro dental**

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral

### Conozca sus beneficios

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

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

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

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



# Seguro dental

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

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

## ¿Para quién es?

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

## ¿Qué cubre?

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

## ¿Por qué debería considerarlo?

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



## Mantenerse saludable

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

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

### **Enfermedad cardiovascular:**

Algunas investigaciones sugieren que 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](http://www.mayoclinic.com), 2018.

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



## Su cobertura dental

**PPO**, ahorra dinero sí visita a un dentista de la PPO. No se cubren las consultas a proveedores fuera de la red.

Su plan dental	PPO	
<b>Su red es</b>	DentalGuard Preferred	
<b>Deducible por Año de plan</b>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Individual	\$0	N/A
Límite familiar	No Aplicable	
No aplicable a	No aplicable	No aplicable
<b>Cargos cubiertos para usted (coseguro)</b>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Atención preventiva	100%	No se cubre
Atención básica	100%	No se cubre
Atención mayor	100%	No se cubre
Ortodoncia	No se cubre (se aplica a todos los niveles)	
<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1000	N/A
<b>Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia</b>	No Aplicable	No Aplicable



# Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		<b>PPO</b>	
		<i>El plan paga (en promedio)</i>	
		<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	100%	No se cubre
	Frecuencia:		Una vez cada 6 meses
	Tratamientos con fluoruro	100%	No se cubre
	Límites:		Sin límites de edad
	Exámenes bucales	100%	No se cubre
	Selladores (por diente)	100%	No se cubre
	Radiografías	100%	No se cubre
Atención básica	Anestesia*	100%	No se cubre
	Empastes‡	100%	No se cubre
	Cirugía periodontal	100%	No se cubre
	Mantenimiento periodontal	100%	No se cubre
	Frecuencia:		Una vez cada 3 meses
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	100%	No se cubre
	Tratamiento de conducto/raíz	100%	No se cubre
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	100%	No se cubre
	Extracciones simples	100%	No se cubre
	Extracciones complejas	100%	No se cubre
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	100%	No se cubre
	Implantes dentales	100%	No se cubre
	Coronas individuales	100%	No se cubre

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios indicará exactamente qué está cubierto y qué está excluido. Cuando la cobertura de ortodoncia sea para "Niños" únicamente, el mantenimiento de la ortodoncia puede continuar todo el tiempo que continúe la condición de estudiante de tiempo completo. Si la cobertura de Ortodoncia es para "Adultos y niños", no aplica esta limitación.

\*Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.



# Su cobertura dental

## Gestione sus beneficios:

Visite [www.Guardianlife.com](http://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](http://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 Preferente de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra

parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos, restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-DG2000 y otros.

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



# Nuestro compromiso con usted

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

---

## Información importante



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

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

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

### **Servicios de idiomas sin costo**

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

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

---

## Seguro dental



### **Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian**

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

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

**ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



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

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del empleador: <b>UNITED WAY OF GREATER NASHVILLE</b>	Número de plan colectivo: <b>00585138</b>	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA <input type="checkbox"/> Inscripción inicial <input type="checkbox"/> Agregar empleados/dependientes <input type="checkbox"/> Cancelar/rechazar cobertura <input type="checkbox"/> Modificar información		

Clase: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Código de subtotal: \_\_\_\_\_ (Solicítelo a su empleador.)

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

<b>Acerca de su trabajo:</b>	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: ____ - ____ - ____	

**Cancelar cobertura:**

- Cancelar empleado     Cancelar dependientes

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: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Cobertura a cancelar:**

- Seguro dental

**Pérdida de otra cobertura:**

- Extinción de la relación laboral: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Divorcio \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Muerte del cónyuge \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Finalización o vencimiento de la cobertura \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

- Pérdida de la cobertura**     Seguro dental

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:**

Empleados  
solamente

PPO

- No deseo Cobertura Dental porque (marque todas las que correspondan):

- Estoy cubierto por otro plan Dental

**Firma**

- Se debe retener la decisión del empleado de elegir o no la cobertura para la hasta el próximo período de inscripción abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura para la , no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta del plan.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.
- Doy mi consentimiento para recibir comunicación electrónica de Guardian, como correos electrónicos y mensajes de texto, con respecto a mi cobertura. Puedo cambiar esta elección solo mediante una notificación por escrito con 30 (treinta) días de anticipación.
- **Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.**

**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 X \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Maine:** Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

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

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

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

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

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

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

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

**Pennsylvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

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

**Tennessee y Washington:** Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

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

