



## 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 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.

Toda la información contenida aquí es de Mayo Clinic, Oral Health: A Window to Your Overall Health, [www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com), 2021.

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



## Su cobertura dental

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

Su plan dental	PPO	
<b>Su red es</b>	DentalGuard Preferred	
<b>Deducible por Año calendario</b>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Individual	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva
<b>Cargos cubiertos para usted (coseguro)</b>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Atención preventiva	100%	100%
Atención básica	80%	80%
Atención mayor	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%
<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1500	
<b>Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia</b>	\$1500	
<b>Límites de edad del dependiente</b> (estudiante/no estudiante)	26/30 ‡	

‡ **Cobertura familiar** para cónyuge e hijos de hasta. La edad límite de los dependientes no casados se extiende a 30 si el dependiente es residente de Illinois y ha recibido una exención o baja del servicio militar, salvo que la baja haya sido deshonorosa.



# 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%	100%
	Frecuencia:	Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%
	Límites:	Menos de 19 años	
	Exámenes bucales	100%	100%
	Selladores (por diente)	100%	100%
	Radiografías	100%	100%
Atención básica	Empastes‡	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	80%	80%
	Frecuencia:	Una vez cada 6 meses	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	80%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	80%	80%
	Extracciones simples	80%	80%
Atención mayor	Anestesia*	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	50%	50%
	Implantes dentales	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	50%	50%
	Cirugía periodontal	50%	50%
	Coronas individuales	50%	50%
	Extracciones complejas	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	50%	50%
	Límites:	Hijos	

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.



# 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 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° GP-I-DG2000 y otros.

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

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

# Su programa Guardian Vision Access

Si usted es elegible puede recibir descuentos en servicios o insumos para el cuidado de la vista por parte de un proveedor oftalmológico que esté dentro de la red de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Plan de Servicios para la Vista (VSP).

Debe pagar la totalidad de los honorarios con descuento directamente al médico de la red del VSP. Los descuentos no están disponibles con proveedores que están fuera de la red del VSP.

## Ahorrá en exámenes, materiales y más

### Descuentos promedio:

Exámenes de la vista	20% de descuento sobre el cargo habitual
Monturas, lentes estándar y opciones de lentes	20% de descuento sobre el cargo habitual cuando se compra un par de anteojos completo con receta
Servicios profesionales de lentes de contacto	15% de descuento en el cargo habitual por servicios profesionales (los lentes de contacto no tienen descuento)
Cirugías láser	Un promedio de un 15% de descuento en el cargo habitual del cirujano láser o un 5% de descuento en cualquier precio promocional si es inferior al precio con descuento habitual.

Este no es un seguro. Si usted es elegible, debe pagar la totalidad de los honorarios con descuento directamente al médico de la red del VSP. El programa de Vision Access con descuentos no tiene ningún cargo. Debe estar inscrito en un plan dental de Guardian a fin de ser elegible para el programa Vision Access con descuentos. Cuando ya no está inscrito en un plan de cobertura dental de Guardian, deja de tener acceso a los descuentos de la red.

The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY, 10004-4025, guardiananytime.com. Los seguros para la visión de Guardian están suscritos y emitidos por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza solo proporciona seguro médico de beneficios limitados para la atención de la vista. NO proporciona seguro hospitalario básico, ni seguro médico básico o mayor, tal como los define el New York State Department of Financial Services. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Formulario de la póliza n.º GP-1-VSN-96-1 y otros.

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

guardianlife.com

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158791 (7/25)



## Ahorrar es sencillo

Visite [guardiananytime.com/fpapp/FPWeb/vision](https://guardiananytime.com/fpapp/FPWeb/vision) o llame al **1 800 877 7195** para encontrar un médico de la red cerca de su ubicación.

No es necesario que traiga su tarjeta de identificación, pero en el momento del servicio, debe informar al médico que tiene el plan Guardian VSP Access Plan para recibir su descuento.

**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 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/Titular del plan <b>LAKE FOREST ACADEMY</b>	Número de plan colectivo: <b>00415486</b>	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)

<b>Acerca de usted:</b> 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: ____ - ____ - ____			

<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: ____ - ____ - ____	

**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 en 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.



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

	Empleado/Miembro solamente	Empleado/Miembro, cónyuge y dependientes/hijos
PPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 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

**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.

Aviso: Esta cobertura bajo la póliza solo puede ser emitida si usted tiene una cobertura esencial mínima en el sentido de la sección 500A(F) del Código de Impuestos Internos. Al firmar a continuación, está confirmando que tiene otra cobertura de salud.

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.