



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, 2021.

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



Su cobertura dental

PPO, 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.

Su plan dental	PPO	
	Nivel 1	Nivel 2
Su red es DentalGuard Preferred Network	In-Network	Out-of-Network
Deducible por Año calendario	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Individual	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia (se aplica a todos los niveles)	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	<i>Nivel 1</i>	<i>Nivel 2</i>
Atención preventiva	100%	100%
Atención básica	80%	80%
Atención mayor	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%
Beneficio máximo anual	\$2000 (se aplica a todos los niveles)	
Traslado del Máximo	Sí (se aplica a todos los niveles)	
Límite de Traslado	\$800	
Importe Traslable	\$400	
Importe Traslable Dentro de la Red	\$600	
Límite Traslable de la Cuenta	\$1500	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$1000 (se aplica a todos los niveles)	
Límites de edad del dependiente	26 (se aplica a todos los niveles)	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		PPO	
		<i>El plan paga (en promedio)</i>	
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	Nivel 1	Nivel 2
	Frecuencia:	100%	100%
	Tratamientos con fluoruro	2 por año calendario (se aplica a todos los niveles)	
	Límites:	100%	100%
	Exámenes bucales	Menos de 19 años (se aplica a todos los niveles)	
	Selladores (por diente)	100%	100%
Atención básica	Radiografías	100%	100%
	Empastes†	80%	80%
	Cirugía periodontal	80%	80%
	Mantenimiento periodontal	80%	80%
	Frecuencia:	2 por año calendario (se aplica a todos los niveles)	
	Tratamiento de conducto/raíz	80%	80%
Atención mayor	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	80%	80%
	Extracciones simples	80%	80%
	Anestesia*	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	50%	50%
	Implantes dentales	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	50%	50%
Ortodoncia	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	50%	50%
	Coronas individuales	50%	50%
	Extracciones complejas	50%	50%
	Ortodoncia	50%	50%
Límites:		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.

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

Busque un dentista:

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

¿Necesita asistencia?

Llame a la Línea de Ayuda de Guardian al (888) 600-1600, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:30 p.m., horario de la costa Este. Consulte su identificación de miembro (número de seguro social) y su número de plan: 00081495

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, 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® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

guardianlife.com

© Copyright 2023 The Guardian Life Insurance Company of America

2023-158786 (7/25)

Servicios para dejar de fumar

Recursos personalizados que pueden ayudarlo a usted o a sus familiares a dejar de fumar.

Según la Asociación Dental Estadounidense (ADA), el consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedades prevenibles en los EE. UU. El consumo de tabaco no solo daña la salud bucal, sino que también puede afectar el bienestar físico y mental. La decisión de dejar de fumar puede tener efectos positivos en la salud bucal, física y mental.

El programa para dejar de fumar de Guardian + Pelago conecta a los miembros de los programas dentales que enfrentan desafíos mientras intentan dejar de fumar tabaco o vapear con recursos digitales personalizados para reducir la cantidad o dejarlo para siempre.

Apoyo para una vida libre de tabaco



Equipo de cuidado comprometido

- Acceso a asesores calificados que lo guiarán en cada paso de su camino
- Una evaluación clínica para determinar el mejor plan para usted



Herramientas digitales

- Seguimiento personalizado: Herramientas para ayudarlo a realizar un seguimiento de desencadenantes personales, cigarrillos fumados, ahorro de dinero y progreso de la salud
- Contenido útil de la terapia cognitiva conductual (TCC): Sesiones de audio y ejercicios interactivos que lo ayudarán a aprender nuevas técnicas para lidiar con los desencadenantes del deseo de fumar



Terapia de reemplazo de nicotina

- Apoyo para manejar el deseo de fumar y alcanzar sus metas
- Acceso a asistencia de goma de mascar y parches para manejar y disminuir el deseo de fumar



Cómo acceder

- Este beneficio se incluye entre sus beneficios dentales para usted y sus dependientes, a partir de los 15 años.
- Usted y sus dependientes inscritos tienen acceso a una clínica virtual digital y fácil de usar con resultados comprobados.
- Para acceder a ella, visite my.pelagohealth.com/guardian

*** Pelago es el único programa digital validado en 13 publicaciones revisadas por pares y en un ensayo de control aleatorizado.**

Los beneficios para dejar de fumar que se analizan en el presente documento son proporcionados por Pelago (Beneficios de Pelago). Pelago no es un proveedor de atención médica. The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) no controla ni proporciona ninguna parte de los Beneficios de Pelago y no asume ninguna responsabilidad por su prestación. Este recurso informativo no es un contrato y únicamente tiene fines ilustrativos. Solo la póliza contiene los términos aplicables. Es posible que los Beneficios de Pelago no estén disponibles en todos los estados. Guardian y Pelago se reservan el derecho de interrumpir los Beneficios de Pelago en cualquier momento y sin aviso. Guardian® es una marca comercial registrada de The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY y se utiliza con autorización. ©2024 The Guardian Life Insurance Company of America. Todos los derechos reservados.

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

© Copyright 2024 The Guardian Life Insurance Company of America

2024-172400 (exp. 4/26)



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 Douglas Unified School District #27	Número de plan colectivo: 00081495	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA ☐ Inscripción inicial ☐ Agregar Empleados/Miembros Dependientes/Familiares ☐ Cancelar/rechazar cobertura ☐ 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: ALL ELIGIBLE EMPLOYEES 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 móvil (____) ____ - ____			
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: ____ - ____ - ____			

Acerca de su trabajo:	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/Codigo postal: Teléfono: () -		Identidad de Género: ☐ M ☐ F	Número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____	
Hijo/dependiente 1: Domicilio/Ciudad/Estado/Codigo 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/Codigo 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/Codigo 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/Codigo 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

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
PPO	☐	☐	☐	☐

☐ 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 queestará 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.

