

Group Accident Insurance

Preferred Plan



For more information,
talk with your
benefits counselor.

ColonialLife.com

Nobody expects an accident to happen. But if it does, your main focus should be on recovery, not how you're going to pay your bills. Colonial Life accident insurance provides benefits directly to you to use however you like – from medical costs to everyday expenses. Whether it's a fall or a car accident, your benefits offer support when you need it.

Benefits are per covered person per covered accident unless stated otherwise

Accident emergency treatment \$150

One visit per covered person per covered accident and
Up to four visits per covered person per calendar year

Accident follow-up doctor visit \$50

Up to four visits per covered person per covered accident and
Up to 16 visits per covered person per calendar year

Accidental death

Per covered person

	Accidental death	Accidental death common carrier
■ Named insured	\$50,000	\$200,000
■ Spouse	\$50,000	\$200,000
■ Dependent child(ren)	\$10,000	\$40,000

Examples of common carriers are mass transit trains, buses and planes

Accidental dismemberment

Loss or loss of use

■ One hand, arm, foot, leg or sight of an eye	\$9,000
■ Both hands, arms, feet, legs or the sight of both eyes; or any combination	\$18,000
■ One finger or one toe	\$1,050
■ Two or more fingers; two or more toes; or any combination	\$2,100

Air ambulance \$1,500

Transportation to or from a hospital or medical facility

Ambulance (ground) \$300

Transportation to or from a hospital or medical facility

Appliance aid in personal locomotion or mobility \$100

Walking boot, neck brace, back brace, leg brace, cane, crutches, walker and wheelchair

Blood/plasma/platelets \$400

Required during treatment of a covered accident

Burn

■ 2nd-degree burns (covering at least 36% of the body's surface)	\$1,000
■ 3rd-degree burns (based on size)	\$2,000 – \$15,000

Burn-skin graft 50% of applicable burn benefit

As a result of 2nd-degree or 3rd-degree burns

Alex was cleaning out the gutters when he fell.



EMERGENCY ROOM VISIT

Alex was taken by ambulance to the nearest emergency room and received immediate care.



DIAGNOSTIC PROCEDURE

The doctor ordered an X-ray and discovered Alex had fractured his leg.



HOSPITAL CONFINEMENT

Alex was admitted to the hospital for surgery on his leg. He was confined for three days.



APPLIANCE FOR MOBILITY

Alex used crutches.



PHYSICAL THERAPY

Alex had eight sessions of physical therapy to help him regain the strength in his leg.



DOCTOR'S OFFICE VISIT

Over the next several weeks, he had three follow-up appointments with his doctor.

ALEX'S OUT-OF-POCKET EXPENSES

When Alex totaled up the bills, he had to pay his annual deductible, as well as co-payments for the ambulance, emergency room, hospital, surgery, physical therapy and follow-up visits. Luckily, Alex had accident coverage to help with these expenses.

ALEX'S BENEFITS	
Ambulance	\$300
Emergency room visit	\$150
X-ray	\$60
Hospital admission	\$1,000
Hospital confinement	\$750
Leg fracture (surgical)	\$3,600
Physical therapy	\$360
Appliance (crutches)	\$100
Doctor's follow-up office visit	\$150
	\$6,470

Catastrophic accident

Total and irrecoverable loss or loss of use

- Both hands, arms, feet, legs or the sight of both eyes; or any combination; or
- Loss of hearing in both ears or loss of ability to speak

Subject to a 365-day elimination period; payable once per lifetime per covered person

- Named insured\$50,000
- Spouse\$50,000
- Dependent child(ren).....\$25,000

Coma \$10,000

Lasting for 14 or more consecutive days

Concussion \$375

Dislocation (separated joint) Non-surgical Surgical

- Hip\$3,000 \$6,000
- Knee (except patella)\$1,500 \$3,000
- Ankle, bone or bones of the foot (other than toes)\$1,200 \$2,400
- Collarbone (sternoclavicular)\$800 \$1,600
- Collarbone (acromioclavicular and separation)\$200 \$400
- Lower jaw\$720 \$1,440
- Shoulder (glenohumeral)\$1,200 \$2,400
- Elbow\$450 \$900
- Wrist\$600 \$1,200
- Bone(s) of the hand, (other than fingers)\$810 \$1,620
- Finger, toe\$200 \$400
- Incomplete dislocation or dislocation reduction without anesthesia25% of the applicable non-surgical amount

Emergency dental work

- Dental crown or denture\$300
- Dental extraction\$100

Eye injury \$300

With surgical repair or removal of a foreign object

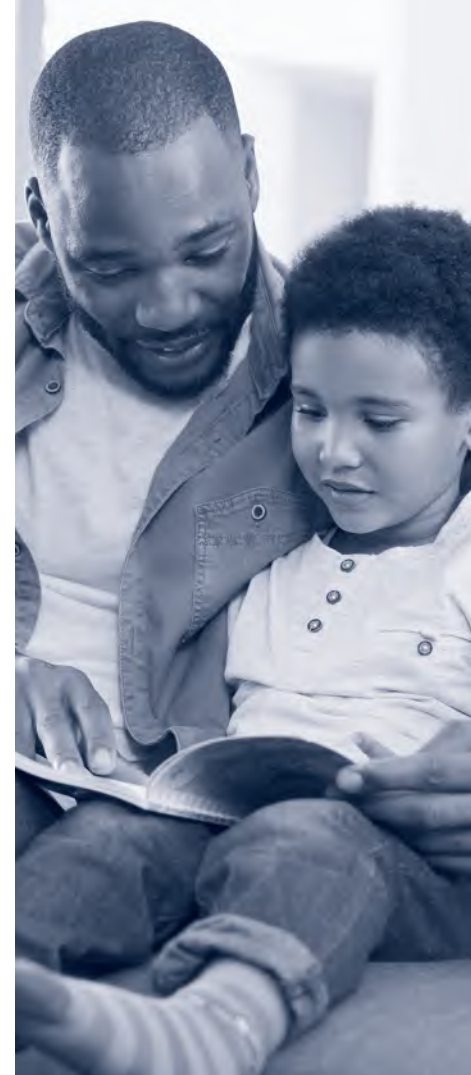
Fracture (broken bone) Non-surgical Surgical

- Skull, depressed fracture (except face/nose)\$3,750 \$7,500
- Skull, simple non-depressed fracture (except face/nose)\$1,800 \$3,600
- Hip, thigh (femur)\$3,150 \$6,300
- Body of vertebrae (excluding vertebral processes)\$2,700 \$5,400
- Pelvis\$2,400 \$4,800
- Leg (tibia and/or fibula)\$1,800 \$3,600
- Bones of the face or nose (except mandible or maxilla)\$910 \$1,820
- Upper jaw, maxilla, upper arm between elbow and shoulder\$1,050 \$2,100
- Lower jaw, mandible\$1,200 \$2,400
- Kneecap, ankle, foot\$1,200 \$2,400
- Shoulder blade, collarbone\$1,200 \$2,400
- Vertebral processes\$630 \$1,260
- Forearm, hand, wrist\$1,200 \$2,400
- Rib\$375 \$750
- Coccyx\$320 \$640
- Finger, toe\$200 \$400
- Chip fracture25% of the applicable non-surgical amount

For illustrative purposes only.

Benefit amounts may vary and may not cover all expenses. The certificate has exclusions and limitations.

Hospital admission	\$1,000
Per covered person per covered accident	
Hospital confinement	\$250 per day
Up to 365 days per covered person per covered accident	
Hospital intensive care unit admission	\$1,750
Per covered person per covered accident	
Hospital intensive care unit confinement	\$400 per day
Up to 15 days per covered person per covered accident	
Knee cartilage (torn)	\$750
Laceration (no repair, without stitches)	\$50
Laceration (repaired by stitches)	
■ Total of all lacerations is less than two inches long	\$150
■ Total of all lacerations is at least two but less than six inches long	\$300
■ Total of all lacerations is six inches or longer	\$600
Lodging (companion)	\$200 per day
Up to 30 days per covered person per covered accident	
Medical imaging study (CT, CAT scan, EEG, MR or MRI)	\$200
One benefit per covered person per covered accident per calendar year	
Occupational or physical therapy	\$45 per day
Up to 10 days per covered person per covered accident	
Pain management for epidural anesthesia	\$150
Prosthetic device/artificial limb	
One benefit per covered person per covered accident	
■ One	\$1,250
■ More than one	\$2,500
Rehabilitation unit confinement	\$150 per day
Immediately after a period of hospital confinement due to a covered accident; up to 15 days per covered person per covered accident, not to exceed 30 days per covered person per calendar year	
Ruptured disc with surgical repair	\$900
Surgery	
■ Cranial, open abdominal and thoracic	\$1,500
■ Hernia with surgical repair	\$300
Surgery (exploratory and arthroscopic)	\$225
Tendon/ligament/rotator cuff	
■ One with surgical repair	\$900
■ Two or more with surgical repair	\$1,800
Transportation for hospital confinement	\$600 per round trip
Up to three round trips for more than 50 miles from home per covered person per covered accident	
X-ray	\$60



For more information,
talk with your
benefits counselor.



ColonialLife.com

HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA) COMPATIBLE

This plan is compatible with HSA guidelines and any other HSA plan in which a covered family member may participate. It may also be offered to employees who do not have HSAs.

THIS INSURANCE PROVIDES LIMITED BENEFITS.

EXCLUSIONS

We will not pay benefits for losses that are caused by, contributed to by or occur as the result of a covered person's felonies or illegal occupations, hazardous avocations, racing, semi-professional or professional sports, sickness, suicide or injuries which any covered person intentionally does to himself, war or armed conflict. In addition, we will not pay Catastrophic Accident benefits for injuries a child received during birth, or for injuries that are the result of being intoxicated or under the influence of any narcotics.

This information is not intended to be a complete description of the insurance coverage available. The insurance or its provisions may vary or be unavailable in some states. The insurance has exclusions and limitations which may affect any benefits payable. Applicable to policy form GACC1.0-P and certificate form GACC1.0-C (including state abbreviations where used, for example: GACC1.0-P-EE-TX and GACC1.0-C-EE-TX). For cost and complete details of coverage, call or write your Colonial Life benefits counselor or the company.

Underwritten by Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC
©2021 Colonial Life & Accident Insurance Company. All rights reserved. Colonial Life is a registered trademark and marketing brand of Colonial Life & Accident Insurance Company.



Change of Beneficiary Form

 FAX this direction	Fax this form: 1-877-828-9430 Or mail: P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202	From: _____	
		Number of pages: _____	

I am changing the following: Primary Beneficiary Contingent Beneficiary Both (If no box is checked, the form will be reviewed only for the beneficiary designations listed.)

Insured's name:	First: _____	Middle Initial: _____	Last: _____
SSN: _____	DOB: ____/____/____	Telephone: _____	Email: _____
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____
Policy number(s): _____			

General Information	<p>Naming a Minor as a Beneficiary: In some instances, Colonial Life may not be able to pay life insurance proceeds to a minor beneficiary unless a court appointed adult guardian, conservator or custodian has been properly designated for the minor's property in advance planning documents. When Colonial Life is unable to disperse benefits in such situations, Colonial Life will hold the proceeds (with interest earned on the funds) until the minor reaches the age of majority. If you have questions about the consequences of naming a minor as a beneficiary, feel free to discuss with a legal or estate planning professional.</p> <p>Naming a Trust: Provide the name of the trust, the date the trust was established, and the address of where the trust is held.</p> <p>Naming a Funeral Home: Provide the name, full address, and the owner or authorized personnel of the funeral home. Write "As Interest May Appear" and designate another primary beneficiary to receive any remaining benefits available after the funeral home's expenses have been paid.</p>
----------------------------	--

Primary beneficiary(ies) All fields must be completed for each beneficiary. Unless otherwise specified, proceeds will be paid in equal shares to surviving beneficiaries. If selecting more than one Primary Beneficiary, the percentages must equal 100%. Attach additional pieces of paper if more space is needed.

First: _____	Middle initial: _____	Last: _____	Percentage
DOB: ____/____/____	SSN: _____	Telephone: _____	
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____

First: _____	Middle initial: _____	Last: _____	Percentage
DOB: ____/____/____	SSN: _____	Telephone: _____	
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____

First: _____	Middle initial: _____	Last: _____	Percentage
DOB: ____/____/____	SSN: _____	Telephone: _____	
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____

Contingent beneficiary(ies) If at the time of the insured's death and all primary beneficiaries are disqualified or die before the insured, proceeds will be paid to the contingent beneficiaries listed in equal shares. If selecting more than one contingent beneficiary, the percentage must equal 100%. Attach additional pieces of paper if more space is needed.

First: _____	Middle initial: _____	Last: _____	Percentage
DOB: ____/____/____	SSN: _____	Telephone: _____	
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____

First: _____	Middle initial: _____	Last: _____	Percentage
DOB: ____/____/____	SSN: _____	Telephone: _____	
Address: _____		City: _____	State: _____ ZIP: _____

Required signature (complete this section in its entirety)

_____ Signature of policy owner	_____ Date (MM/DD/YYYY)	
Print policy owner name: _____		SSN: _____
DOB: ____/____/____	Telephone: _____	Email: _____
Address: _____		City: _____ State: _____ ZIP: _____

Special Notice for Residents of a Community Property State: A spouse or former spouse may have an interest in life insurance proceeds or any accumulated cash value if the policy premiums were paid with community funds. It is your responsibility to consult your legal advisor to 1) ensure that any required consent from a spouse or former spouse has been received and 2) ensure that your spouse or former spouse will not be able to make a claim against any policy values and/or proceeds in the event any policy benefits become payable.

Seguro Grupal por Accidentes

Plan Preferido



Nadie espera que ocurra un accidente. Pero si ocurre, su foco de atención debe estar puesto en la recuperación y no en cómo pagará sus facturas. El seguro de Accidentes Colonial Life le provee beneficios para que usted los aproveche de la manera que desee: desde costos médicos hasta gastos diarios. Ya sea una caída o un accidente de auto, sus beneficios le ofrecen apoyo cuando usted lo necesita.

Los beneficios se otorgan por persona cubierta y por accidente cubierto, a menos que se indique lo contrario.

Tratamiento de emergencia por accidente \$150
Una visita por persona cubierta por accidente cubierto y hasta cuatro visitas por persona cubierta por año calendario

Visita médica de seguimiento por accidente \$50
Hasta cuatro visitas por persona cubierta por accidente cubierto y hasta 16 visitas por persona cubierta por año calendario

Muerte accidental

Por persona cubierta	Muerte accidental	Muerte accidental en transporte público
■ Asegurado principal en la póliza	\$50,000	\$200,000
■ Cónyuge	\$50,000	\$200,000
■ Hijo(s) a su cargo	\$10,000	\$40,000

Ejemplos de transporte público son trenes, autobuses y aviones.

Desmembramiento accidental

Pérdida o pérdida funcional

- Una mano, un brazo, un pie, una pierna o la visión en un ojo \$9,000
- Ambas manos, brazos, pies, piernas o visión en ambos ojos; o cualquier combinación de estos \$18,000
- Un dedo de la mano o del pie \$1,050
- Dos o más dedos de la mano; dos o más dedos del pie; o cualquier combinación de ambas posibilidades.....\$2,100

Ambulancia aérea \$1,500
Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico

Ambulancia (por tierra) \$300
Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico

Aparato de ayuda para la movilidad o locomoción personal \$100
Bota ortopédica, corsé ortopédico, protector de cuello, aparato ortopédico para la pierna, bastón, muletas, andador y silla de ruedas

Sangre/plasma/plaquetas \$400
Necesarios durante el tratamiento de un paciente cubierto

Quemadura

- Quemaduras de segundo grado (que cubren un mínimo del 36% de la superficie corporal) \$1,000
- Quemaduras de tercer grado (se basa en el tamaño) \$2,000-\$15,000

Quemadura — injerto de piel 50% del beneficio de quemaduras aplicable
Como resultado de quemaduras de segundo o tercer grado

Para más información,
habla con tu consejero
de beneficios.

ColonialLife.com

Alex estaba limpiando el canalón cuando se cayó.



CONSULTA EN SALA DE EMERGENCIA

Se trasladó a Alex en ambulancia hasta la sala de emergencia más cercana y allí recibió atención inmediata.



PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

El médico ordenó una radiografía y observó que Alex se había fracturado una pierna.



HOSPITALIZACIÓN

Se lo admitió en el hospital para hacerle cirugía en la pierna. Estuvo hospitalizado durante tres días.



APARATO PARA MOVILIDAD

Alex utilizó muletas.



FISIOTERAPIA

Alex tuvo ocho sesiones de fisioterapia para recuperar la fuerza en la pierna.



VISITA AL CONSULTORIO MÉDICO

Durante las semanas siguientes, tuvo tres citas de seguimiento con su médico.

GASTOS DE BOLSILLO DE ALEX

Cuando Alex sumó todas las facturas que debía pagar, estas incluían su deducible anual y los copagos por la ambulancia, sala de emergencia, hospital, cirugía, fisioterapia y visitas de seguimiento. Por suerte, tenía cobertura por accidente para ayudarlo a solventar estos gastos.

BENEFICIOS DE ALEX	
Ambulancia	\$300
Consulta en sala de emergencia	\$150
Radiografía	\$60
Ingreso al hospital	\$1,000
Hospitalización	\$750
Fractura de pierna (procedimiento quirúrgico)	\$3,600
Fisioterapia	\$360
Aparato (muletas)	\$100
Visita médica de seguimiento	\$150
	\$6,470

Solo para fines ilustrativos.

Las cantidades de beneficios pueden variar y puede que no cubran todos los gastos. La póliza tiene exclusiones y limitaciones.

Accidente catastrófico

Pérdida o pérdida funcional total e irrecuperable

- Ambas manos, brazos, pies, piernas o visión en ambos ojos; o cualquier combinación de estos; o
- pérdida auditiva en ambos oídos o pérdida del habla

Sujeto a un periodo de eliminación de 365 días; pagadero una vez en la vida por persona cubierta

- Asegurado principal en la póliza \$50,000
- Cónyuge..... \$50,000
- Hijo(s) a su cargo \$25,000

Coma \$10,000

Con una duración de 14 días consecutivos o más

Conmoción cerebral \$375

Luxación (separación de articulación)

	Procedimiento no quirúrgico	Procedimiento quirúrgico
■ Cadera.....	\$3,000	\$6,000
■ Rodilla (excepto rótula).....	\$1,500	\$3,000
■ Tobillo, hueso o huesos del pie (excepto los dedos).....	\$1,200	\$2,400
■ Clavícula (articulación esternoclavicular).....	\$800	\$1,600
■ Clavícula (articulación acromioclavicular y separación).....	\$200	\$400
■ Maxilar inferior.....	\$720	\$1,440
■ Hombro (articulación glenohumeral).....	\$1,200	\$2,400
■ Codo.....	\$450	\$900
■ Muñeca.....	\$600	\$1,200
■ Hueso(s) de la mano (excepto los dedos).....	\$810	\$1,620
■ Dedo de la mano, del pie.....	\$200	\$400
■ Luxación incompleta o reducción de luxación.....	25% del monto sin anestesia correspondiente a un procedimiento no quirúrgico	

Trabajo odontológico de emergencia

- Corona o dentadura postiza \$300
- Extracción dental..... \$100

Lesión ocular \$300

Con tratamiento quirúrgico o extracción de objeto extraño

Fractura (ruptura de hueso)

	Procedimiento no quirúrgico	Procedimiento quirúrgico
■ Cráneo, fractura con hundimiento (excepto rostro/nariz).....	\$3,750	\$7,500
■ Cráneo, fractura simple sin hundimiento (excepto rostro/nariz).....	\$1,800	\$3,600
■ Cadera, muslo (fémur).....	\$3,150	\$6,300
■ Cuerpo vertebral (excepto apófisis vertebral).....	\$2,700	\$5,400
■ Pelvis.....	\$2,400	\$4,800
■ Pierna (tibia o peroné).....	\$1,800	\$3,600
■ Huesos del rostro o nariz (excepto mandíbula o maxilar).....	\$910	\$1,820
■ Mandíbula superior, maxilar, parte superior del brazo entre el codo y el hombro.....	\$1,050	\$2,100
■ Maxilar inferior, mandíbula.....	\$1,200	\$2,400
■ Rótula, tobillo, pie.....	\$1,200	\$2,400
■ Omóplato, clavícula.....	\$1,200	\$2,400
■ Apófisis vertebral.....	\$630	\$1,260
■ Antebrazo, mano, muñeca.....	\$1,200	\$2,400
■ Costilla.....	\$375	\$750
■ Coxis.....	\$320	\$640
■ Dedo de la mano, del pie.....	\$200	\$400
■ Fisura.....	25% del monto correspondiente a un procedimiento no quirúrgico	

Ingreso al hospital	\$1,000
Por persona cubierta por accidente cubierto	
Hospitalización	\$250 por día
Hasta 365 días por persona cubierta por accidente cubierto	
Ingreso a una unidad de terapia intensiva	\$1,750
Por persona cubierta por accidente cubierto	
Hospitalización en una unidad de terapia intensiva	\$400 por día
Hasta 15 días por persona cubierta por accidente cubierto	
Cartílago de la rodilla (rotura)	\$750
Corte (sin tratamiento, sin puntos)	\$50
Corte (tratado con puntos)	
■ La longitud total de los cortes es inferior a dos pulgadas	\$150
■ Cortes de entre dos y seis pulgadas de longitud	\$300
■ Cortes de longitud superior a seis pulgadas	\$600
Alojamiento (acompañante)	\$200 por día
Hasta 30 días por persona cubierta por accidente cubierto	
Estudio de diagnóstico por imágenes (CT, TAC, EEG o RM)	\$200
Un beneficio por persona cubierta por accidente cubierto por año calendario	
Fisioterapia o terapia ocupacional	\$45 por día
Hasta 10 días por persona cubierta por accidente cubierto	
Control del dolor por anestesia epidural	\$150
Prótesis/miembro artificial	
Un beneficio por persona cubierta por accidente cubierto	
■ Uno	\$1,250
■ Más de uno	\$2,500
Internación en la unidad de rehabilitación	\$150 por día
Inmediatamente después de un periodo de hospitalización por accidente cubierto; hasta 15 días por persona cubierta por accidente cubierto, sin superar los 30 días por persona cubierta por año calendario	
Hernia de disco con tratamiento quirúrgico	\$900
Cirugía	
■ Craneana o a tórax o abdomen abierto	\$1,500
■ Hernia con tratamiento quirúrgico	\$300
Cirugía (exploratoria y artroscopía)	\$225
Tendón/ligamento/manguito rotador	
■ Un procedimiento con tratamiento quirúrgico	\$900
■ Dos o más procedimientos con tratamiento quirúrgico	\$1,800
Transporte para hospitalización	\$600 ida y vuelta
Hasta tres viajes de ida y vuelta por más de 50 millas desde el hogar por persona cubierta por accidente cubierto	
Radiografía	\$60



Para más información,
habla con tu consejero
de beneficios.



ColonialLife.com

COMPATIBLE CON CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este plan es compatible con las pautas de las HSA y cualquier otro plan de HSA en el que pueda participar un familiar cubierto. También se puede ofrecer a empleados que no tienen HSA.

ESTE SEGURO PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS.

EXCLUSIONES

No pagaremos beneficios por pérdidas que sean resultado, parcial o totalmente, de delitos graves u ocupaciones ilegales de una persona cubierta, pasatiempos peligrosos, carreras, deportes profesionales o semiprofesionales, enfermedades, suicidio o lesiones provocadas de manera intencional por el asegurado, guerra o conflicto armado. Asimismo, no pagaremos beneficios por accidente catastrófico por lesiones que sufra un niño durante su nacimiento o lesiones que se produzcan como resultado del consumo de alcohol o de cualquier clase de narcóticos.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. El seguro o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en algunos estados. El seguro tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquier beneficio pagadero. Aplicable al formulario de póliza GACC1.0-P y al formulario de certificado GACC1.0-C (incluidas las abreviaturas de los estados cuando se usen, por ejemplo: GACC1.0-P-EE-TX y GACC1.0-C-EE-TX). Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llame o escriba a su asesor de beneficios de Colonial Life o a la compañía.

Suscrito por Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.
©2021 Colonial Life & Accident Insurance Company. Todos los derechos reservados. Colonial Life es una marca registrada y marca de comercialización de Colonial Life & Accident Insurance Company.

FORMULARIO PARA CAMBIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIO

Numero(s) de Póliza(s) _____

Nombre del asegurado _____ Número de Seguro Social (NSS) ____ - ____ - ____

Nombre del *propietario de la póliza* _____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____
 Dirección del *propietario de la póliza* (la dirección de archivo será remplazada por la siguiente)
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

***IMPORTANTE - FAVOR DE LEER ANTES DE CAMBIAR LA DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO**

La persona (s) designada(s) como beneficiario primarios recibirán todos los beneficios otorgados. Si el asegurado sobrevive todos los beneficiarios primarios designados, el total de los beneficios otorgables se harán al beneficiario contingente. Si el asegurado sobrevive todos los beneficiarios primarios y contingentes, todos los beneficios otorgables se harán de acuerdo a los términos de la póliza. Si necesita espacio adicional para designar a todos los beneficiarios deseados llame al 1.800.325.4368

Nombre del Beneficiario Primario(s): Todos los beneficiarios primarios sobrevivientes recibirán una cantidad igual del beneficio (a menos que las cantidades o porcentajes sean predeterminadas). Si más de un beneficiario primario es nombrado, el porcentaje total debe ser igual al 100%.

Nombre(s)	%	Parentesco con el asegurado	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social

Porcentaje total debe ser igual al 100%

Nombre del beneficiario Contingente (s): Si la persona asegurada sobrevive a todos los beneficiarios primarios, todos los beneficiarios contingentes sobrevivientes recibirán una cantidad igual del beneficio(a menos que las cantidades o porcentajes sean predeterminadas). Si más de un beneficiario contingente es nombrado el porcentaje total debe ser igual al 100%.

Nombre(s)	%	Parentesco con el asegurado	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social

Porcentaje total debe ser igual a 100%

Cláusula para nietos

() Por favor, marque esta casilla para asegurar que en caso de que un beneficiario primario o contingente, quienes fueran hijo o hija del asegurado y que no sobrevivan al asegurado, la porción del beneficio de la póliza de los beneficiarios se pagará por partes iguales a sus hijos sobrevivientes legales.

Aviso especial para residentes de estados que tienen leyes de propiedad comunitaria.

Un cónyuge/ex-cónyuge puede tener interés en los beneficios de una póliza de vida si las primas de la póliza fueron pagadas con fondos comunitarios. Es su responsabilidad consultar con su asesor legal para: 1) asegurarse que se haya recibido cualquier consentimiento requerido de un ex-cónyuge y 2) asegurarse de que en caso de que cualquier beneficio que sea adjudicado bajo esta póliza, su ex-cónyuge no sea capaz de hacer una reclamo en contra de estos fondos .

Solicito que esta designación de beneficiario remplace todas las designaciones previas en la(s) póliza(s) enumerada anteriormente.

Firma del dueño de la póliza	/ / Fecha	Firma del Testigo (No puede ser el asegurado, un beneficiario designado o el propietario de la póliza)	/ / Fecha
Nombre y Domicilio del Testigo (En letra de bloque/imprenta)			

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CAMBIO DE DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

El cambio de su beneficiario es muy importante. Para garantizar que sus beneficiarios reciban el beneficio de su póliza de vida en la forma que usted desee y sin ningún tipo de retrasos o percances, es sumamente importante que el formulario sea completado correctamente. Antes de completar este formulario, le sugerimos que visite nuestra página de Internet en coloniallife.com para obtener información adicional sobre el cambio del beneficiario.

Una vez que Colonial Life reciba y apruebe este formulario, todas las designaciones de beneficiarios previas serán anuladas. Esto significa que si usted desea que los beneficiarios nombrados anteriormente continúen como beneficiarios, deben incluir sus nombres en el formulario cambio de designación de beneficiario nuevo.

Si desea tener los fondos distribuido por medio de un fideicomiso:

Favor de comunicarse con nosotros para recibir un formulario específico para nombrar un fideicomiso o fiduciario como beneficiario

Instrucciones

- Este formulario debe ser completado en su totalidad por *el dueño de la póliza*
- Escriba toda la información en forma de bloque y legible. Es muy importante que registremos correctamente el nombre de su beneficiario designado.
- Usted debe designar a un(os) beneficiario(s) primario(s).
- Un(os) beneficiario(s) contingente(s) puede también ser designado por usted. Beneficiario contingente es la persona o personas que recibiría los beneficios si ninguno de los beneficiarios primarios estén vivos cuando el asegurado muera.
- Usted Puede designar uno o varios beneficiarios primarios o contingentes. Favor de comunicarse con nosotros si necesita más espacio del previsto en el formulario de cambio de designación de beneficiario.
- Usted debe dar el nombre completo de cada beneficiario y su parentesco con el asegurado (persona cuya vida está cubierta por la póliza). Ejemplos incluyen: Juan José Todos, esposo; Maria Julia Todos, amiga.
- *El beneficio de los seguros de vida no puede ser otorgado a un beneficiario que sea menor de edad o a los padres naturales del mismo para beneficio de este.* A menos que haya un documento jurídico designando a un conservador o tutor legal nombrado por la corte de sucesiones. Colonial Life se verá obligada a retener los fondos (con interese acumulado) hasta que el menor cumpla la mayoría de edad de acuerdo con el estado en que reside.
- Si esta póliza conlleva un Giro en efectivo (que se encuentra en el esquema de la Póliza), y usted devuelve la póliza con el formulario de cambio de beneficiario, nosotros emitiremos de nuevo al nuevo beneficiario el giro en efectivo. **Aviso:** El Giro en efectivo no puede ser reotorgada a funerarias, menores de edad, fideicomisos, patrimonios o beneficiarios múltiples.
- *El dueño de la póliza* debe firmar el formulario con tinta e imprimir su nombre y dirección.
- *El testigo* debe firmar el formulario con tinta e imprimir su nombre y dirección. El testigo debe ser alguien que no sea el asegurado, los beneficiarios designados que figuran en el formulario, o el dueño de la póliza.

Si la póliza lleva una disposición en que exige que un cambio de beneficiario sea endosado en la póliza, ahora es eliminada y el cambio de beneficiario deseado será efectivo a partir de la fecha de su firma, una vez recibido y aprobado por Colonial Life. Quien confirmara el cambio por medio del correo.

Por favor mande el formulario por correo a; Colonial Life & Accident Insurance Company, P. O. Box 1365, Columbia, S.C. 29202-1365. Una vez que el cambio se haya echo usted recibirá una carta de confirmación.



Account Name: Phoenix ESD
Date: March 19, 2025
Situs State: AZ
Vendor: Tyler Tech

Colonial Life Disclosures, Limitations, and Exclusions

By electing coverage, I confirm and agree I have received and read the linked enrollment materials, including statements regarding eligibility for coverage, possible delayed effective dates, benefit provisions, costs, exclusions, limitations, terminations and benefit reductions, offsets and any required outlines of coverage and I acknowledge and agree to them.

- **Beneficiaries**– If not asked or submitted, benefits will be paid to beneficiaries in accordance with the order recorded in the contract. Without a named beneficiary, the beneficiary will automatically be assigned based on the succession listed in the certificate: Spouse, if applicable, your domestic partner who is covered under this certificate as a spouse; children; parents; sisters and brothers; or to your estate.
 - If you would like to name a beneficiary you may log in to www.coloniallife.com, call the Colonial Life Contact Center at 1-800-325-4368, or complete the beneficiary change form found within the enrollment site.
- **E-consent** – I consent to the electronic delivery of insurance documents, including legally required disclosure and policy documents. I have an email address and an electronic device such as a computer or a smart phone to access the internet and view and retain PDF documents. I can withdraw my consent; update my email address and request, free of charge, a paper copy of any document at any time by contacting Colonial Life & Accident Insurance Company anytime using one of these methods:
 - Telephone to 800-325-4368
 - Paper mail to P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202
 - Website is: www.coloniallife.com
- **Eligibility** – I confirm I am actively at work at the time of enrollment and working at least 20 hours per week.
- **Tobacco Rates** – If applying for a non-tobacco policy, you attest that you have not used any tobacco products and/or any nicotine delivery system with in the last 12 months. (Use of any nicotine delivery system, including electronic devices, nicotine substitutes, or smoking cessation products, or any electronic device that does not contain nicotine including electronic vaporizers or cigarettes is considered tobacco usage.)

Product Information

- [Group Critical Illness 6000](#)
 - Plan 1, 2, & 3 – If covered by the employee’s plan, spouse and eligible dependent children coverage is 50% of the named insured’s face amount
 - Plan 4 – If covered by the employee’s plan, spouse coverage is 100% of the named insured’s face amount, and eligible dependent children coverage is 200% of the named insured’s face amount.

Documents and Brochures

- You attest to receipt of the following Colonial Life documents within the enrollment site:
 - Colonial Life Disclosures, Limitations, and Exclusions
 - Colonial Life Group Accident Brochure
 - Colonial Life Group Critical Illness Brochure
 - Colonial Life Group Medical Bridge Brochure

Voluntary Opt-in Consent Disclosure

If you consent, Colonial Life & Accident Insurance Company will transmit documents related to your insurance policy, including legally required disclosures and policy documents, by electronic means, to the extent that electronic transmission is consistent with applicable state and federal law. These documents include, but are not limited to, the entire contract, disclosures, correspondence, guides and notices that are applicable to your coverage. Any document that we send by electronic means, which complies with applicable law, will have the same force and effect as if that document was sent in paper format.

Colonial Life & Accident Insurance Company will only transmit documents to you electronically if you consent. Your consent is voluntary. If you have permitted electronic transmissions in the past, that authorization does not obligate the same procedure regarding this policy as well.

If you decide that you want to receive documents electronically, Colonial Life & Accident Insurance Company will provide one paper copy per year of any document, at no charge to you, upon request.

You can change your mind at any time and have Colonial Life & Accident Insurance Company transmit documents via paper mail by notifying Colonial Life & Accident Insurance Company by any one of these methods listed at the end of this paragraph. If you wish to correct or change the email address Colonial Life & Accident Insurance Company uses to send documents, you can do so any time by notifying Colonial Life & Accident Insurance Company by any one of these methods:

- telephone to 800-325-4368, or
- paper mail to P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365.
- Colonial Life & Accident Insurance Company’s website is: www.coloniallife.com.

For purposes of receiving electronic transmission of documents from Colonial Life & Accident Insurance Company, as set forth above, my email address is: test@gmail.com

To access the internet and view and retain PDF documents, I have access to an electronic device such as a computer or a smart phone.

I consent to receive documents transmitted electronically.

Signature: **Electronic Signature On File**

Authorization for Colonial Life & Accident Insurance Company

For the purpose of evaluating my application(s) for insurance submitted during the current enrollment and eligibility for benefits under any insurance issued including checking for and resolving any issues that may arise regarding incomplete or incorrect information on my application(s), I hereby authorize the disclosure of the following information about me and, if applicable, my dependents, from the sources listed below to Colonial Life & Accident Insurance Company (Colonial) and its duly authorized representatives.

Health information may be disclosed by any health care provider or institution, health plan or health care clearinghouse that has any records or knowledge about me including prescription drug database or pharmacy benefit manager, or ambulance or other medical transport service. Health information may also be disclosed by any insurance company, Medicare or Medicaid agencies or the Medical Information Bureau (MIB). Health information includes my entire medical record but does not include psychotherapy notes. Non-health information including earnings or employment history deemed appropriate by Colonial to evaluate my application may be disclosed by any person or organization that has these records about me, including my employer, employer representative and compensation sources, insurance company, financial institution or governmental entities including departments of public safety and motor vehicle departments.

Any information Colonial obtains pursuant to this authorization will be used for the purpose of evaluating my application(s) for insurance or eligibility for benefits. Some information obtained may not be protected by certain federal regulations governing the privacy of health information, but the information is protected by state privacy laws and other applicable laws. Colonial will not re-disclose the information unless permitted or required by those laws. Re-disclosed information may no longer be protected by federal privacy laws.

This authorization is valid for two (2) years from its execution and a copy is as valid as the original. A copy will be included with my contract(s) and I or my authorized representative may request access to this information. This authorization may be revoked by me or my authorized representative at any time except to the extent Colonial has relied on the authorization prior to notice of revocation or has a legal right to contest coverage under the contract(s) or the contract itself. If revoked, Colonial may not be able to evaluate my application(s) for insurance or eligibility for benefits as necessary to issue my contract(s). I may revoke this authorization by sending written notice to: Colonial Life & Accident Insurance Company, Underwriting Department, P. O. Box 1365, Columbia, SC 29202.

Group Specified Disease Insurance Pretax Disclosure Statement

As a participant in my employer's flexible benefits plan, I have elected to pay my premiums for Colonial Life & Accident Insurance Company's Group Specified Disease Insurance policy with pretax dollars. I am aware of the tax savings I receive through a flexible benefits plan. While the Internal Revenue Service (IRS) allows me to receive tax savings on my premiums, the IRS also may require me to pay taxes on certain insurance benefits I receive from policies purchased through a flexible benefits plan. I understand that if I receive benefits for an indemnity benefit (lump-sum payment made without regard to actual medical expenses) the IRS may consider the amount of this benefit as taxable income. In making my decision, I understand if I receive more than \$600 from all indemnity benefits purchased with pre-tax dollars (comparable to those benefits in my Group Specified Disease Insurance policy) payable by Colonial Life during the calendar year, Colonial Life is required to file a Form 1099 Miscellaneous Income on these amounts. I will receive the Form 1099 to be used in completing my personal tax return, and a copy will be sent to the IRS. A Form 1099 is not required for benefit amounts of \$600 or less, although those amounts may still be taxable income to me.

Notice to Applicant Regarding Replacement of Accident and Sickness Insurance

According to your application and the information you have furnished, you intend to lapse or otherwise terminate existing accident and sickness insurance and replace it with a policy to be issued by the Company. For your own information and protection, you should be aware of and seriously consider certain factors which may affect the insurance protection available to you under the new policy.

1. Health conditions which you may presently have, may not be immediately or fully covered under the new policy. This could result in denial or delay of a claim for benefits under the new policy, whereas a similar claim might have been payable under your present policy.
2. Any benefits you have accrued under your present policy may not be payable or transferrable under the new policy.
3. If you are transferring from individual coverage to group coverage, the circumstances under which you may continue your coverage may be limited or no longer available.
4. You may wish to secure the advice of your present insurer or its agent regarding the proposed replacement of your present policy. This is not only your right, but it is also in your best interests to make sure you understand all the relevant factors involved in replacing your present coverage.
5. If, after due consideration, you still wish to terminate your present policy and replace it with new coverage, be certain to truthfully and completely answer all questions on the application concerning your medical/health

history. Failure to include all material medical information on an application may provide a basis for the Company to deny any future claims and to refund your premium as though your policy had never been in force. After the application has been completed and before you sign it, reread it carefully to be certain that all information has been properly recorded.

*Colonial Life insurance products are underwritten by Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.
© 2023 Colonial Life & Accident Insurance Company. All rights reserved. Colonial Life is a registered trademark and marketing brand of Colonial Life & Accident Insurance Company.*



Nombre de la cuenta: Phoenix ESD
Fecha: March 19, 2025
Estado del sitio: AZ
Proveedor: Tyler Tech

Divulgaciones, Restricciones y Exclusiones de Colonial Life

Al elegir la cobertura, confirmo y acepto haber recibido y leído los materiales de inscripción que se encuentran en los enlaces, incluidas las declaraciones sobre la elegibilidad para la cobertura, posibles fechas de entrada en vigencia retrasadas, disposiciones sobre beneficios, costos, exclusiones, restricciones, terminaciones y reducciones de beneficios, compensaciones y cualquier descripción requerida de la cobertura y los reconozco y acepto.

- **Beneficiarios:** si no se solicita ni se presenta, los beneficios se pagarán a los beneficiarios conforme el orden registrado en el contrato. En caso de no existir un beneficiario designado, el beneficiario será asignado automáticamente con base en la sucesión que se muestre en el certificado: Cónyuge, si corresponde, su pareja de hecho que esté cubierta conforme a este certificado como cónyuge; hijos; padres; hermanas y hermanos; o su patrimonio.
 - Si deseas nombrar un beneficiario, puedes iniciar sesión en www.coloniallife.com, llamar al Centro de Contacto de Colonial Life al 1-800-325-4368 o completar el formulario de cambio de beneficiario que se encuentra en el sitio de inscripción.
- **Consentimiento electrónico:** doy mi consentimiento para la entrega electrónica de los documentos del seguro, incluida la divulgación requerida legalmente y los documentos de la póliza. Cuento con una dirección de correo electrónico y un dispositivo electrónico como una computadora o un teléfono inteligente para acceder a internet y consultar y conservar documentos PDF. Puedo retirar mi consentimiento, actualizar mi dirección de correo electrónico y solicitar, sin cargo, una copia impresa de cualquier documento en cualquier momento comunicándome con Colonial Life & Accident Insurance Company en cualquier momento, mediante uno de estos métodos:
 - Llamando al 800-325-4368
 - Enviando un correo postal a P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202
 - El sitio web es: www.coloniallife.com
- **Elegibilidad:** confirmo que soy laboralmente activo al momento de la inscripción y que trabajo al menos 20 horas por semana.
- **Tasas por consumo de tabaco:** si solicitas una póliza libre de tabaco, certificas que no has usado ningún producto de tabaco o ningún sistema de suministro de nicotina en los últimos 12 meses. (El uso de cualquier sistema de suministro de nicotina, incluidos dispositivos electrónicos, sustitutos de nicotina o productos para dejar de fumar, o cualquier dispositivo electrónico que no contenga nicotina, incluidos vaporizadores electrónicos o cigarrillos, se considera consumo de tabaco).

Información del producto

- [Seguro Colectivo por Enfermedad Grave 6000](#)
 - Plan 1, 2 y 3: si estás cubierto por el plan del empleado, la cobertura del cónyuge y los hijos dependientes elegibles es del 50% del valor nominal del asegurado principal.
 - Plan 4: si estás cubierto por el plan del empleado, la cobertura del cónyuge es del 100% del valor nominal del asegurado principal, y la cobertura de los hijos dependientes elegibles es del 200% del valor nominal del asegurado principal.

Documentos y Folletos

- Das fe de la recepción de los siguientes documentos de Colonial Life dentro del sitio de inscripción:
 - Divulgaciones, Restricciones y Exclusiones de Colonial Life
 - Folleto del Seguro Colectivo por Accidentes de Colonial Life
 - Folleto del Seguro Colectivo por Enfermedad Grave de Colonial Life
 - Folleto del Seguro Colectivo Medical Bridge de Colonial Life

Divulgación de Consentimiento de Inclusión Voluntaria

Si das tu consentimiento, Colonial Life & Accident Insurance Company transmitirá documentos relacionados con tu póliza de seguro, incluidas las divulgaciones legalmente requeridas y los documentos de la póliza, por medios electrónicos, en la medida en que la transmisión electrónica sea consistente con la ley estatal y federal aplicable. Estos documentos incluyen, entre otros, el contrato completo, las divulgaciones, la correspondencia, las guías y los avisos que se aplican a tu cobertura. Cualquier documento que enviemos por medios electrónicos, que cumpla con la legislación aplicable, tendrá la misma vigencia y validez que si dicho documento fuera enviado en formato papel.

Colonial Life & Accident Insurance Company solo transmitirá documentos electrónicamente si das tu consentimiento. Tu consentimiento es voluntario. Si has permitido transmisiones electrónicas en el pasado, esa autorización no te obliga a seguir el mismo procedimiento para esta póliza.

Si decides que deseas recibir documentos de forma electrónica, Colonial Life & Accident Insurance Company te brindará una copia impresa por año de cualquier documento, sin costo, si lo solicitas.

Puedes cambiar de opinión en cualquier momento y hacer que Colonial Life & Accident Insurance Company transmita los documentos por correo postal, para notificar a Colonial Life & Accident Insurance Company mediante cualquiera de los métodos que se enumeran al final de este párrafo. Si deseas corregir o cambiar la dirección de correo electrónico que Colonial Life & Accident Insurance Company utiliza para enviar documentos, puedes hacerlo en cualquier momento notificando a Colonial Life & Accident Insurance Company mediante cualquiera de estos métodos:

- Llamando al 800-325-4368; o
- Enviando un correo postal a P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365.
- El sitio web de Colonial Life & Accident Insurance Company es: www.coloniallife.com.

Para fines de recibir transmisión electrónica de documentos de Colonial Life & Accident Insurance Company, como se establece anteriormente, mi dirección de correo electrónico es: **test@gmail.com**

Para acceder a internet y consultar y conservar documentos PDF, tengo acceso a un dispositivo electrónico como una computadora o un teléfono inteligente.

Doy mi consentimiento para recibir documentos transmitidos electrónicamente. Firma:

Firma electrónica archivada

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

Con el fin de evaluar mis solicitudes de seguro presentadas durante esta inscripción y la elegibilidad para los beneficios de cualquier seguro emitido, incluida la verificación y resolución de cualquier problema con información incompleta o incorrecta en mis solicitudes, autorizo la divulgación de la siguiente información sobre mí y, si aplica, mis dependientes, de las fuentes enumeradas a continuación a Colonial Life & Accident Insurance Company (Colonial) y sus representantes debidamente autorizados.

La información de salud puede ser divulgada por cualquier proveedor o centro de atención médica, plan de salud o centro de intercambio de información sobre la atención médica que tenga registros o conocimiento sobre mí, incluida una base de datos de medicamentos con receta o un administrador de beneficios de farmacia, o una ambulancia u otro servicio de transporte médico. La información de salud también puede ser divulgada por cualquier compañía de seguros, agencias de Medicare o Medicaid o la Oficina de Información Médica (MIB). La información de salud incluye mi historia clínica completa, pero no incluye notas de psicoterapia. La información no relacionada con la salud, incluidas las ganancias o el historial laboral, que Colonial considere apropiado para evaluar mi solicitud, puede ser divulgada por cualquier persona u organización que tenga estos registros sobre mí, incluido mi empleador, representante del empleador y fuentes de compensación, compañía de seguros, institución financiera o entidades gubernamentales, incluidos los departamentos de seguridad pública y los departamentos de vehículos motorizados.

Cualquier información que Colonial obtenga de conformidad con esta autorización se utilizará con el fin de evaluar mis solicitudes de seguro o elegibilidad para beneficios. Es posible que cierta información obtenida no esté protegida por determinadas regulaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud, pero la información está protegida por las leyes de privacidad estatales y otras leyes aplicables. Colonial no volverá a divulgar la información a menos que lo permitan o lo requieran dichas leyes. Es posible que la información divulgada nuevamente ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Esta autorización tiene una validez de dos (2) años a partir de su otorgamiento y la copia tiene la misma validez que el original. Se incluirá una copia con mis contratos y yo o mi representante autorizado podremos solicitar acceso a esta información. Esta autorización puede ser revocada por mí o mi representante autorizado en cualquier momento, excepto en la medida en que Colonial se haya basado en la autorización antes de la notificación de revocación o tenga el derecho legal de impugnar la cobertura conforme al contrato (o contratos) o el contrato en sí. Si se revoca, es posible que Colonial no pueda evaluar mis solicitudes de seguro o mi elegibilidad para los beneficios según sea necesario para emitir mis contratos. Puedo revocar esta autorización enviando notificación por escrito a: Colonial Life & Accident Insurance Company, Underwriting Department, P. O. Box 1365, Columbia, SC 29202.

Declaración de la Divulgación antes de Impuestos del Seguro Colectivo por Enfermedad Específica

Como participante del plan de beneficios flexibles de mi empleador, he elegido pagar mis primas de la póliza de Seguro Colectivo por Enfermedad Específica de Colonial Life & Accident Insurance Company con dólares antes de impuestos. Soy consciente de los ahorros fiscales que recibo a través de un plan de beneficios flexible. Si bien el Servicio de Impuestos Internos (IRS) me permite recibir ahorros fiscales en mis primas, el IRS también puede exigirme que pague impuestos sobre ciertos beneficios de seguro que recibo de pólizas compradas a través de un plan de beneficios flexibles. Entiendo que si recibo beneficios por un beneficio de indemnización (pago de suma global realizado sin tener en cuenta los gastos médicos reales) el IRS puede considerar el monto de este beneficio como ingreso sujeto a impuestos. Al tomar mi decisión, comprendo que si recibo más de \$600 de todos los beneficios de indemnización adquiridos con dólares antes de impuestos (comparables a los beneficios de mi póliza de Seguro Colectivo por Enfermedad Específica) pagado por Colonial Life durante el año calendario, Colonial Life debe presentar un Formulario 1099 de Ingresos Varios sobre estos montos. Recibiré el Formulario 1099 que utilizaré para completar mi declaración de impuestos personal y se enviará una copia al IRS. No se requiere un Formulario 1099 para montos de beneficios de \$600 o menos, aunque esos montos aún pueden ser ingresos sujetos a impuestos para mí.

Aviso para el Solicitante sobre la Sustitución del Seguro por Accidentes y Enfermedades

De acuerdo con tu solicitud y la información que has proporcionado, tienes la intención de dar por terminado o de otro modo rescindir el seguro por accidentes y enfermedades existente y sustituirlo por una póliza que será emitida por la Empresa. Para tu propia información y protección, debes conocer y considerar seriamente ciertos factores que pueden afectar la protección del seguro disponible para ti conforme a la nueva póliza.

1. Es posible que las afecciones de salud que puedas tener actualmente no estén cubiertas de inmediato o en su totalidad por la nueva póliza. Esto podría resultar en la negación o demora de una reclamación de beneficios conforme a la nueva póliza, mientras que una reclamación similar podría pagarse según tu póliza actual.
2. Es posible que cualquier beneficio que hayas acumulado conforme a tu póliza actual no se pague ni sea transferible según la nueva póliza.
3. Si te transfieres de una cobertura individual a una cobertura colectiva, las circunstancias bajo las cuales puedes continuar con tu cobertura pueden ser limitadas o ya no estar disponibles.
4. Es posible que desees obtener el asesoramiento de tu aseguradora actual o tu agente con respecto al reemplazo propuesto de tu póliza actual. Este no solo es tu derecho, sino que también te conviene asegurarte de comprender todos los factores relevantes involucrados en el reemplazo de tu cobertura actual.
5. Si, después de considerarlo debidamente, aún desees cancelar tu póliza actual y reemplazarla con una nueva cobertura, asegúrate de responder de manera veraz y completa todas las preguntas de la solicitud relacionadas con tu historia clínica/de salud. El no incluir toda la información médica importante en una solicitud puede proporcionar una base para que la Empresa rechace cualquier reclamación futura y reembolse tu prima como si tu póliza nunca hubiera estado vigente. Una vez completada la solicitud y antes de firmarla, vuelve a leerla con atención para asegurarte de que toda la información se haya registrado correctamente.

*Los productos de seguros de Colonial Life están suscritos por Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.
© 2023 Colonial Life & Accident Insurance Company. Todos los derechos reservados. Colonial Life es una marca registrada y de comercialización de Colonial Life & Accident Insurance Company.*

