



Group Critical Illness and Cancer Insurance*

Plan 2

When life takes an unexpected turn, your focus should be on recovery – not finances. Colonial Life’s group critical illness and cancer insurance helps relieve financial worries by providing a lump-sum benefit payable directly to you to use as needed.

Coverage amount: \$10,000 or \$20,000 or \$30,000

Critical illness and cancer benefits

COVERED CONDITION ¹	PERCENTAGE OF APPLICABLE COVERAGE AMOUNT
Benign brain tumor	100%
Coma	100%
End stage renal (kidney) failure	100%
Heart attack (myocardial infarction)	100%
Loss of hearing	100%
Loss of sight	100%
Loss of speech	100%
Major organ failure requiring transplant	100%
Occupational infectious HIV or occupational infectious hepatitis B, C, or D	100%
Permanent paralysis due to a covered accident	100%
Stroke	100%
Sudden cardiac arrest	100%
Coronary artery disease	25%

COVERED CANCER CONDITION ¹	PERCENTAGE OF APPLICABLE COVERAGE AMOUNT
Invasive cancer (including all breast cancer)	100%
Non-invasive cancer	25%
Skin cancer initial diagnosis	\$400 per lifetime

BENEFITS STORY

Preparing for a lifelong journey

Rebecca was born with Down syndrome. Her parents’ critical illness and cancer coverage provided a benefit that can help cover expenses related to Rebecca’s care and her changing needs.

How their coverage helped



A hospital stay and treatment for corrective heart surgery



Physical therapy to build muscle strength



Special needs daycare

For illustrative purposes only.

Key benefits

- Available coverage for spouse and eligible dependent children at 50% of your coverage amount
- Cover your eligible dependent children at no additional cost
- No medical underwriting to qualify for coverage
- Works alongside your health savings account (HSA)
- Benefits payable regardless of other insurance

**For more information,
talk with your
benefits counselor.**

Subsequent diagnosis of a different critical illness²

If you receive a benefit for a critical illness, and are later diagnosed with a different critical illness, 100% of the coverage amount may be payable for that particular critical illness.

Subsequent diagnosis of the same critical illness²

If you receive a benefit for a critical illness, and are later diagnosed with the same critical illness,³ 25% of the coverage amount is payable for that critical illness.

Reoccurrence of invasive cancer (including all breast cancer)

If you receive a benefit for invasive cancer and are later diagnosed with a reoccurrence of invasive cancer, 25% of the coverage amount is payable if treatment-free for at least 12 months and in complete remission prior to the date of reoccurrence; excludes non-invasive or skin cancer.

Additional covered conditions for dependent children

COVERED CONDITION ¹	PERCENTAGE OF APPLICABLE COVERAGE AMOUNT
Cerebral palsy	100%
Cleft lip or palate	100%
Cystic fibrosis	100%
Down syndrome	100%
Spina bifida	100%

1. Please refer to the certificate for complete definitions of covered conditions.
2. Dates of diagnoses of a covered critical illness must be separated by more than 180 days.
3. Critical illnesses that do not qualify include: coronary artery disease, loss of hearing, loss of sight, loss of speech, and occupational infectious HIV or occupational infectious hepatitis B, C, or D.

*The filed product name is Group Critical Illness and Cancer Specified Disease Insurance.

THIS INSURANCE PROVIDES LIMITED BENEFITS.

This coverage is a supplement to health insurance. It is not a substitute for essential health benefits or minimum essential coverage as defined in federal law. Insureds in some states must be covered by comprehensive health insurance before applying for this insurance.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR CRITICAL ILLNESS

We will not pay the Critical Illness Benefit, Benefits Payable Upon Subsequent Diagnosis of a Critical Illness or Additional Critical Illness Benefit for Dependent Children that occurs as a result of a covered person's: alcoholism or drug addiction; felonies or illegal occupations; intoxicants and narcotics; suicide or injuring oneself intentionally, whether sane or not; war or armed conflict; or pre-existing condition, unless the covered person has satisfied the pre-existing condition limitation period shown on the Certificate Schedule on the date the covered person is diagnosed with a critical illness.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS FOR CANCER

We will not pay the Invasive Cancer (including all Breast Cancer) Benefit, Non-Invasive Cancer Benefit, Benefit Payable Upon Reoccurrence of Invasive Cancer (including all Breast Cancer) or Skin Cancer Initial Diagnosis Benefit for a covered person's invasive cancer or non-invasive cancer that: is diagnosed or treated outside the territorial limits of the United States, its possessions, or the countries of Canada and Mexico; is a pre-existing condition, unless the covered person has satisfied the pre-existing condition limitation period shown on the Certificate Schedule on the date the covered person is initially diagnosed as having invasive or non-invasive cancer. No pre-existing condition limitation will be applied for dependent children who are born or adopted while the named insured is covered under the certificate, and who are continuously covered from the date of birth or adoption.

PRE-EXISTING CONDITION LIMITATION

We will not pay a benefit for a pre-existing condition that occurs during the 12-month period after the coverage effective date. Pre-existing condition means a sickness or physical condition for which a covered person was treated, had medical testing, received medical advice or had taken medication within 12 months before the coverage effective date. 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 GCI6000-P and certificate form GCI6000-C-AZ. For cost and complete details of coverage, call or write your Colonial Life benefits counselor or the company.



ColonialLife.com

387100-1-AZ

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.

FOR EMPLOYEES 1-23 | 387100-1-AZ



Seguro Colectivo por Enfermedad Grave y Cáncer*

Plan 2



Cuando la vida da un giro inesperado, tu prioridad debería ser la recuperación; no las finanzas. El seguro colectivo por enfermedad grave y cáncer de Colonial Life contribuye a aliviar las preocupaciones financieras al proporcionarte un beneficio de suma fija que se te pagará directamente para que lo uses cuando sea necesario.

Monto de la cobertura: \$10,000 or \$20,000 or \$30,000

Beneficios por enfermedad grave y cáncer

AFECCIONES CUBIERTAS ¹	PORCENTAJE DEL MONTO DE LA COBERTURA APLICABLE
Tumor cerebral benigno	100%
Coma	100%
Insuficiencia renal (de riñón) en fase terminal	100%
Ataque al corazón (infarto de miocardio)	100%
Pérdida de la audición	100%
Pérdida de la vista	100%
Pérdida del habla	100%
Insuficiencia de un órgano vital que requiera trasplante	100%
VIH o hepatitis B, C o D por infección laboral	100%
Parálisis permanente por accidente cubierto	100%
Accidente cerebrovascular	100%
Paro cardíaco repentino	100%
Arteriopatía coronaria	25%

ENFERMEDAD POR CÁNCER CUBIERTA ¹	PORCENTAJE DEL MONTO DE LA COBERTURA APLICABLE
Cáncer invasivo (incluye todos los tipos de cáncer de mama)	100%
Cáncer no invasivo	25%
Diagnóstico inicial de cáncer de piel	\$400 de por vida

HISTORIAL DE BENEFICIOS

Prepararte para un viaje de toda la vida

Rebecca nació con síndrome de Down. La cobertura de enfermedad grave y cáncer de sus padres proporcionó un beneficio que puede ayudar a cubrir los gastos relacionados con la atención médica de Rebecca y sus necesidades cambiantes.

Cómo le ayudó la cobertura de sus padres



Una internación y tratamiento hospitalario para una cirugía cardíaca correctiva



Fisioterapia para reforzar los músculos



Guardería para necesidades especiales

Solo con fines ilustrativos.

Beneficios clave

- Cobertura disponible para el cónyuge e hijos dependientes que cumplen con los requisitos al 50% del monto de tu cobertura
- Asegura a tus hijos dependientes que cumplen con los requisitos sin costo adicional
- Sin suscripción médica para calificar para la cobertura
- Es un complemento de tu cuenta de ahorros de salud (HSA)
- Se pagan los beneficios independientemente de cualquier otro seguro

Para obtener más información, habla con tu consejero de beneficios.

Diagnóstico posterior de otra enfermedad grave²

Si recibes un beneficio por una enfermedad grave y posteriormente se te diagnostica otra enfermedad grave, se puede pagar el 100% del monto de la cobertura por esa enfermedad grave en particular.

Diagnóstico posterior de la misma enfermedad grave²

Si recibes un beneficio por una enfermedad grave y posteriormente se te diagnostica la misma enfermedad grave,³ se pagará el 25% del monto de la cobertura por esa enfermedad grave.

Recurrencia de cáncer invasivo (incluye todos los tipos de cáncer de mama)

Si recibes un beneficio por cáncer invasivo y posteriormente se te diagnostica la recurrencia de ese cáncer, se pagará el 25% del monto de la cobertura si no recibes tratamiento durante al menos 12 meses y estás en remisión completa antes de la fecha de recurrencia; excluye cáncer no invasivo o cáncer de piel.

Condiciones de cobertura adicionales para los hijos dependientes

AFECCIONES CUBIERTAS ¹	PORCENTAJE DEL MONTO DE LA COBERTURA APLICABLE
Parálisis cerebral	100%
Labio o paladar hendido	100%
Fibrosis quística	100%
Síndrome de Down	100%
Espina bífida	100%

1. Consulta el certificado para conocer las definiciones completas de las afecciones cubiertas.
2. Las fechas de los diagnósticos de una enfermedad grave cubierta deben tener una diferencia entre sí de más de 180 días.
3. Las enfermedades graves que no califican son las siguientes: arteriopatía coronaria, pérdida de la audición, de la vista o del habla y VIH o hepatitis B, C o D por infección laboral.

*El nombre del producto presentado es Seguro Colectivo por Enfermedad Grave Específica y Cáncer.

ESTE SEGURO BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS.

Esta cobertura es un complemento de un seguro de salud. No sustituye a los beneficios de salud esenciales ni a la cobertura mínima esencial definida en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben tener cobertura de un seguro médico integral antes de solicitar esta cobertura.

EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

No pagaremos el Beneficio por Enfermedad Grave, los Beneficios Pagaderos Tras el Diagnóstico Posterior de una Enfermedad Grave o el Beneficio por Enfermedad Grave Adicional para Hijos Dependientes que se produzca por las siguientes afecciones de una persona cubierta: alcoholismo o drogadicción; delitos graves u ocupaciones ilegales; intoxicantes o narcóticos; suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente, esté o no en pleno uso de sus facultades mentales; guerra o conflicto armado; o una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el periodo de restricción de afección preexistente que figura en el Programa del Certificado en la fecha en que se le diagnostica una enfermedad grave a la persona cubierta.

EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES PARA EL CÁNCER

No pagaremos el Beneficio por Cáncer Invasivo (incluye todos los tipos de Cáncer de Mama), el Beneficio por Cáncer No Invasivo, el Beneficio Pagadero en Caso de Recurrencia de Cáncer Invasivo (incluye todos los tipos de Cáncer de Mama) o el Beneficio de Diagnóstico Inicial de Cáncer de Piel para el cáncer invasivo o no invasivo de una persona cubierta en los siguientes casos: si recibe el diagnóstico o el tratamiento fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, sus dominios o los países de Canadá y México; cuando se trate de una afección preexistente, salvo que la persona cubierta haya cumplido el periodo de restricción de afecciones preexistentes que figura en el Programa del Certificado en la fecha en que a la persona cubierta se le diagnostica por primera vez cáncer invasivo o no invasivo. No se aplicará una restricción de afecciones preexistentes a los hijos dependientes que nazcan o se adopten durante el periodo en el que el asegurado principal esté cubierto por el certificado y que reciban una cobertura continua desde la fecha de nacimiento o adopción.

RESTRICCIONES POR AFECCIONES PREEXISTENTES

No pagaremos un beneficio por una afección preexistente que ocurra durante el periodo de 12 meses posterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Una afección preexistente es una enfermedad o afección física por la que una persona cubierta recibió tratamiento, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. 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 ciertos estados. El seguro contiene exclusiones y restricciones que pueden afectar los beneficios a pagar. Aplicable al formulario de la póliza GCI6000-P y al formulario de certificado GCI6000-C-AZ. Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llama o escribe a tu consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa.





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.*

