



Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna

## Pagado por el empleado SEGURO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: Snow College

**El seguro por incapacidad paga una parte de su salario si usted no puede trabajar debido a una incapacidad cubierta. Al analizar esta cobertura, tenga en cuenta cuánto tiempo podría vivir sin recibir un sueldo.**

#### ¿Quién puede elegir cobertura?:

**Usted:** Todos los Empleados del Empleador, activos, a tiempo completo, clasificados como Personal y Asesores del empleador, que trabajen regularmente un mínimo de 30 horas a la semana en los Estados Unidos, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, sin incluir los Empleados clasificados como cuerpo docente. Usted podrá recibir cobertura de inmediato.

#### Cobertura disponible:

Beneficio semanal bruto <sup>1</sup>	Beneficio semanal bruto máximo	Período de espera de beneficios	Período de beneficio máximo (Incluye el Período de espera de beneficios)
El 60% de sus ingresos semanales cubiertos	\$1,500	14 días por accidente 14 días por enfermedad	17 semanas por accidente 17 semanas por enfermedad

#### Costo mensual de la cobertura del empleado:

Tarifa mensual por cada \$10 de beneficio semanal = \$0.220

*Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.*

*Las tarifas pueden estar sujetas a cambios en el futuro.*

#### Cómo calcular su costo mensual:

**Paso 1:** Divida su salario anual por 52 para calcular sus ingresos semanales.

**Paso 2:** Multiplique esta cantidad por el porcentaje de beneficio definido previamente en la sección Cobertura disponible. Por ejemplo, el 60% sería 0.60. Ahora, usted tiene su beneficio semanal bruto.

**Paso 3:** Busque más arriba la tarifa mensual. Multiplique esta tarifa por su beneficio semanal bruto, o el beneficio semanal bruto máximo, lo que sea menor.

**Paso 4:** Divida el total por 10. El resultado es su costo mensual.

#### Definiciones y disposiciones importantes de la póliza:

**Incapacidad.** "Incapacidad" o "Incapacitado" significa que, únicamente debido a una lesión o enfermedad cubierta, usted no puede realizar las funciones esenciales de su trabajo normal y no puede obtener un 80% o más de sus ingresos cubiertos trabajando en su trabajo normal. Exigiremos que proporcione una prueba de sus ingresos y de su incapacidad continua.

**Ingresos cubiertos.** Los "Ingresos cubiertos" son su sueldo o salario, sin incluir las horas extraordinarias, los bonos, las comisiones ni otras remuneraciones adicionales.

**Cuándo comienzan los beneficios.** Debe estar Incapacitado de modo continuo durante 14 días en caso de accidente y 14 días en caso de enfermedad antes de que se paguen beneficios por una Incapacidad cubierta.

**Cuánto duran los beneficios.** Una vez que califique para los beneficios de este plan, la cantidad máxima de beneficios semanales por Incapacidad es de 17 semanas por accidente y 17 semanas por enfermedad (incluido el período de espera). Los beneficios por Incapacidad terminarán antes si usted deja de reunir las condiciones para recibirlos.

**Cuándo entra en vigor la cobertura.** Su cobertura entra en vigor en la fecha de entrada en vigor de la póliza, la fecha en que cumpla los requisitos, la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado si se requiere o la fecha en que usted autorice cualquier deducción en nómina necesaria si corresponde, lo que ocurra en último lugar. Si no se encuentra en servicio activo en la fecha en que la cobertura entre en vigor, su cobertura entrará en vigor en la fecha en que regrese al trabajo. Si tiene que proporcionar un comprobante de buena salud, su cobertura entrará en vigor en la fecha en que acordemos, por escrito, proporcionarle cobertura.

## Reducciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de beneficios:

**Efectos de otros beneficios de ingresos.** Este plan está estructurado para evitar que el total de sus beneficios e ingresos posteriores a una incapacidad sean equivalentes o superiores a los ingresos previos a una incapacidad. Por lo tanto, reduciremos estos beneficios del plan en una cantidad equivalente a cualquier beneficio por jubilación o incapacidad del Seguro Social pagadero a usted, a sus dependientes o a cualquier tercero calificado en su nombre o el de sus dependientes. Sus beneficios por incapacidad no se verán reducidos por ningún beneficio por incapacidad del Seguro Social que no esté recibiendo siempre y cuando coopere completamente en los intentos para obtenerlos y acepte rembolsar cualquier pago en exceso cuando los reciba, si los recibe. Los beneficios por incapacidad se reducirán en función de cualquier cantidad recibida a través de otros programas gubernamentales, pago de licencia por enfermedad, beneficios de jubilación financiados por el empleador, indemnización laboral, seguro colectivo con emisión de pólizas individuales, seguro colectivo, seguro automotriz "sin culpa" y daños por lucro cesante. Para conocer los detalles, consulte su Certificado del seguro.

**Limitación por afección preexistente.** No se pagarán beneficios por afecciones médicas por las cuales haya incurrido en gastos, haya tomado medicamentos que requieren receta médica, haya recibido tratamiento, atención o servicios médicos (incluidas medidas de diagnóstico), o por las cuales una persona razonable habría consultado a un médico durante los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigor más reciente del seguro. No se pagarán beneficios por ninguna incapacidad que sea consecuencia de una afección preexistente, a menos que dicha incapacidad ocurra después de que haya estado asegurado por este plan durante un mínimo de 6 meses después de la fecha de entrada en vigor más reciente del seguro.

**Finalización de los beneficios por Incapacidad.** Sus beneficios finalizarán cuando cese su Incapacidad, cuando haya transcurrido el período de duración de los beneficios, cuando obtenga más que sus Ingresos cubiertos permitidos o en la fecha en que los beneficios terminen debido a que usted no cumplió con los términos y las condiciones de la póliza.

**Exclusiones.** Este plan no paga beneficios por una Incapacidad que sea consecuencia, directa o indirectamente, de cualquiera de las siguientes circunstancias:

- suicidio, intento de suicidio o una lesión autoinfligida intencionalmente estando o no en su sano juicio;
- Una guerra o cualquier acto bélico, declarado o no.
- la participación activa en un disturbio;
- la comisión de un delito grave;
- la revocación, restricción o no renovación de la licencia, el permiso o la certificación necesaria para que un Empleado realice las funciones de su ocupación, a menos que se deba exclusivamente a una Lesión o Enfermedad cubierta de otro modo por la Póliza;
- cualquier cirugía estética o procedimiento quirúrgico que no sea Médicamente necesario.
- una Lesión o Enfermedad por la cual el Empleado tenga derecho a recibir beneficios en virtud del Seguro de indemnización laboral o leyes de enfermedades ocupacionales;
- una Lesión o Enfermedad laboral.

Asimismo, el plan no pagará beneficios por incapacidad por ningún período de Incapacidad durante el cual usted haya estado encarcelado en una institución penal o correccional.

1. Su cantidad de beneficio se verá reducida en función de cualquier cantidad pagadera a usted por cualquiera de las fuentes indicadas en la sección "Efectos de otros beneficios de ingresos".
2. Los costos están sujetos a cambio.

Los términos y las condiciones de la cobertura del Seguro por incapacidad a corto plazo se establecen en la Póliza colectiva N.º VDT 963212. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Los detalles completos de la cobertura, lo que incluye las primas, se encuentran en el Certificado de la póliza. En caso de discrepancia entre este resumen y la póliza colectiva, la información incluida en la póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad o las características de los productos pueden variar según el estado. Guardé este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza colectiva número: Formulario de la póliza TL-C04700. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192.

"Cigna" y el logo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Life Insurance Company of North America y Cigna Life Insurance Company of New York, y no por Cigna Corporation.

882861SP © 2021 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.