

Ofrecido por Life Insurance Company of North America

## Seguro por muerte y desmembramiento accidental pagado por el empleado

### Resumen de beneficios

Preparado para: Ross Innovative Employment Solutions,  
LLC  
Clase 2

#### Elegibilidad:

Todos los empleados activos a tiempo completo del Empleador que trabajan regularmente un mínimo de 30 horas por semana en los Estados Unidos, que son ciudadanos o residentes permanentes legales de los Estados Unidos, excluyendo a aquellos que están clasificados como Ejecutivos.

**Empleado:** Serás elegible para la cobertura el primer día del mes siguiente a los 30 días de servicio activo.

	Cantidad del beneficio*	Máximo
Empleado	1 Vez la remuneración anual	\$100,000

\* La cantidad se redondeará a la cantidad superior en \$1,000, si no es ya múltiplo de esta

#### Información de beneficios:

Si, en el plazo de 365 días después de un accidente cubierto, las lesiones corporales tienen como consecuencia:	Pagaremos este % de la cantidad del beneficio:
Muerte; cuádrupleja; pérdida de las dos manos o pies; pérdida de la vista en ambos ojos; pérdida de una mano o un pie y de la vista en un ojo; pérdida del habla y la audición (ambos oídos)	100 %
Paraplejía	75 %
Hemiplejía; pérdida de una mano o un pie, la vista en un ojo, el habla o la audición (ambos oídos); o separación y reimplantación de una mano o un pie	50 %
Monoplejía; pérdida de cuatro dedos de la misma mano; pérdida del dedo pulgar y del dedo índice de la misma mano	25 %
Pérdida de todos los dedos del mismo pie	20 %

#### Más características:

**Por usar el cinturón de seguridad y estar protegido por una bolsa de aire** – recibirás un beneficio adicional del 10 %, pero no más de \$10,000, si la persona cubierta muere en un accidente automovilístico cubierto y las fuerzas de orden público certifican que estaba usando el cinturón de seguridad o un sistema de sujeción aprobado para menores. Aumentaremos el beneficio un 5 % más, pero no más de \$5,000, si la persona asegurada también se colocó en un asiento protegido por un sistema de sujeción suplementario (bolsa de aire) que funcionó y se desplegó correctamente.

**Por coma** – recibirás el 1 % de la cantidad total del beneficio cada mes, hasta un máximo de 11 meses, si tú o un familiar asegurado estuviera en coma por 30 días o más como consecuencia de un accidente cubierto. Si la persona cubierta sigue en coma o fallece después de 11 meses, se pagará la cantidad total del beneficio.

**Por exposición y desaparición** – los beneficios se pagan si tú o un familiar asegurado sufre una pérdida cubierta debido a la exposición inevitable a los elementos como consecuencia de un accidente cubierto. Si tu cuerpo o el de un familiar asegurado no se localiza en el plazo de un año después de su desaparición, naufragio o hundimiento del medio de transporte en el que viajaban tú o un familiar asegurado, en un viaje cubierto de otro modo, se supondrá que perdieron la vida como resultado de un accidente cubierto.

**Conversión** – si termina la cobertura de seguro de grupo de accidentes (excepto por falta de pago de la prima), termina tu empleo, finaliza la membresía en una clase elegible o la cobertura de seguro se reduce basada en la edad alcanzada, puedes convertir tu póliza en una póliza individual sin plazo. Para convertir la póliza, debes enviar una solicitud de conversión y hacer el primer pago de la prima en el plazo de 31 días después de la finalización de tu cobertura de grupo. Los dependientes también pueden convertir tu cobertura, si corresponde. Las primas pueden cambiar en ese momento y los términos de la cobertura estarán sujetas a cambios. También puedes convertirla en una póliza individual hasta de \$10,000 si estuviste asegurado al menos por 5 años y la póliza se anula o se modifica, siempre que la cobertura no se reemplace y no estés cubierto según una póliza de conversión diferente que emita Life Insurance Company of North America. Consulta tu certificado para obtener más información.

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

**Cuándo empieza tu cobertura:** Tu cobertura entra en vigor en la fecha que sea posterior a la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que eres elegible, la fecha en que recibimos tu formulario de inscripción completo, si corresponde, o la fecha en que autorizas cualquier deducción de nómina necesaria, si corresponde. Tu cobertura no comenzará a menos que tengas un empleo activo en la fecha de entrada en vigor. Si corresponde, la cobertura de dependientes no comenzará para ningún dependiente que, en la fecha de entrada en vigor, esté confinado en el hospital o en casa, esté recibiendo tratamiento de quimioterapia o radioterapia o esté discapacitado y bajo la atención de un médico.

**Cuándo termina tu cobertura:** La cobertura termina en la fecha que suceda primero entre la fecha en que tú o tus dependientes, si corresponde, ya no son elegibles, la fecha en que la póliza de grupo ya no está en vigente o la fecha del último período por el que se pagan las primas necesarias. (En ciertas circunstancias, tu cobertura puede continuar si dejas de trabajar. Asegúrate de leer las disposiciones de la continuación del seguro en tu certificado).

**Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios:**

**Programa de reducción de beneficios:** Si todavía estás empleado, tus beneficios se reducirán al 65 % a los 65 años y al 50 % a los 70 años. Tus primas también se reducirán para ajustarse a tus beneficios.

**Exclusiones:** Lesiones causadas por uno mismo o suicidio ya sea en su sano juicio o no • cometer o intentar cometer un delito grave o una agresión • cualquier acto de guerra, declarado o no declarado • cualquier participación en un motín, insurrección o acto terrorista • salto con bungee • paracaidismo • paracaidismo acrobático • paravelismo • vuelo libre con ala delta • enfermedad, dolencia, trastorno físico o trastorno mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico relacionado, excepto cualquier infección bacteriana que sea consecuencia de una cortada o herida externa accidental o consumo accidental de comida contaminada • tomar voluntariamente cualquier medicamento, narcótico, veneno, gas o vapor, excepto uno recetado por un médico autorizado y tomado según la receta • operar cualquier tipo de vehículo bajo la influencia del alcohol o cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluyendo cualquier medicamento con receta por el que la persona cubierta haya recibido una advertencia por escrito de no operar un vehículo mientras lo toma • un accidente cubierto que ocurra mientras la persona cubierta participa en actividades de servicio activo en las Fuerzas Armadas, la marina o la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional (esto no incluye el entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional, a menos que se prolongue por más de 31 días) • viajar en un avión que sea propio, arrendado o controlado por la organización patrocinadora o cualquiera de sus sucursales o filiales relacionadas • viajes aéreos, excepto como pasajero en una línea aérea comercial con itinerarios regulares o en una aeronave que use el Comando de Movilidad Aérea o su equivalente extranjero • volar, embarcarse o desembarcar de un avión o cualquier aeronave diseñada para volar arriba de la superficie de la Tierra pilotada por la persona cubierta o en la que la persona cubierta sea miembro de la tripulación.

**Limitaciones:** Por varias pérdidas cubiertas, los beneficios se pagan por el mayor beneficio individual disponible. Por muerte, la cantidad del beneficio que se muestra se reducirá en la cantidad de cualquier beneficio por desmembramiento que se haya pagado o deba pagarse.

**ESTA PÓLIZA DA COBERTURA LIMITADA, SOLO POR ACCIDENTE. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE SE INCURRA. NO CUBRE PÉRDIDAS CAUSADAS POR ENFERMEDAD. ESTE NO ES UN SUSTITUTO DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL O INTEGRAL.**

Los términos y condiciones de la cobertura de seguro por muerte y desmembramiento accidental están establecidos en la Póliza grupal núm. OK0971590. Esto no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro que se ofrece. Este no es un contrato. La información completa de la cobertura, incluyendo las primas, las lesiones elegibles, sus respectivos pagos y las exclusiones y limitaciones de la póliza, está en el certificado de la póliza. Si hay alguna diferencia entre este resumen y la póliza de grupo, la información de la póliza de grupo tiene prioridad. La disponibilidad o las características del producto pueden variar por estado. Guarda este material como referencia. La cobertura del seguro se emite con el número de formulario de la póliza de grupo: Formulario de la póliza GA-00-1000.00. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 51 Madison Avenue, New York, NY 10010.

Los productos del seguro de grupo están asegurados por Life Insurance Company of North America y New York Life Group Insurance Company of NY, subsidiarias de New York Life Insurance Company. ©2025 New York Life Group Insurance Company, New York, NY. Todos los derechos reservados. NEW YORK LIFE y el logotipo de New York Life son marcas comerciales de New York Life Insurance Company.