

Ofrecido por Life Insurance Company of North America

Seguro por discapacidad a corto plazo

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.

Cobertura disponible:

Beneficio Semanal Bruto por Discapacidad	Beneficio Semanal Bruto Máximo	Período de espera para recibir el beneficio	Período máximo del beneficio (incluye el período de espera para recibir el beneficio)
El 60 % de tus ingresos semanales cubiertos	\$4,000	7 días por accidente 7 días por enfermedad	26 semanas por accidente 26 semanas por Enfermedad

Esta póliza/plan (cobertura) la paga el empleador en su totalidad. El costo del empleador se reporta a los empleados en su formulario W-2.

Definiciones importantes y disposiciones de la póliza:

Discapacidad - "discapacidad" o "discapacitado" significa que, únicamente debido a una lesión o enfermedad cubierta, no puedes hacer las tareas importantes de tu trabajo habitual y no puedes ganar el 80 % o más de tus ingresos cubiertos por hacer tu trabajo habitual. Necesitaremos evidencia de ingresos y de discapacidad continua.

Ingresos cubiertos - "Ingresos cubiertos" significa su salario o sueldo, sin incluir bonificaciones, comisiones, el pago de horas extras ni otra remuneración.

Cuándo comienzan los beneficios - debes estar continuamente discapacitado durante 7 días por un accidente y 7 días por una enfermedad antes de que se paguen los beneficios por una discapacidad cubierta.

Cuánto duran los beneficios - una vez que califiques para los beneficios de este plan, la cantidad máxima de beneficios semanales por discapacidad es de 26 semanas por un accidente y 26 semanas por una enfermedad. Los beneficios por discapacidad terminarán antes si ya no calificas para los beneficios.

Cuándo entra en vigor la cobertura - tu cobertura entra en vigor en la fecha de entrada en vigor de la póliza, la fecha en que eres elegible, la fecha en que recibimos tu formulario de inscripción completo, si es necesario, o la fecha en que autorizas las deducciones de nómina necesarias, si corresponden, lo que suceda más tarde. Si no estás trabajando activamente en la fecha en que tu cobertura entraría en vigor, tu cobertura entrará en vigor en la fecha de reincorporación al trabajo. Si tienes que presentar una prueba de buena salud, tu cobertura entra en vigor en la fecha en que hayamos acordado por escrito darte cobertura.

Reducciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de beneficios:

Efectos de otros beneficios de ingresos - este plan está estructurado para evitar que tus beneficios totales y los ingresos posteriores a la discapacidad igualen o superen los ingresos antes de la discapacidad. Por lo tanto, reducimos los beneficios de este plan por una cantidad igual a cualquier beneficio por jubilación o discapacidad que el Seguro Social te pague a ti, a tus dependientes o a un tercero calificado en beneficio tuyo o de tus dependientes. Tus beneficios por discapacidad no los reducirá ningún beneficio por discapacidad del Seguro Social que no estés recibiendo, siempre que cooperes totalmente en los esfuerzos para obtenerlos y aceptes reembolsar cualquier pago en exceso, si los recibes. Los beneficios por discapacidad se reducirán por las cantidades recibidas mediante otros programas gubernamentales, pago por Enfermedad, beneficios de jubilación que financia el empleador, compensación de los trabajadores, seguro de franquicia o grupo, seguro de no culpabilidad para autos y daños por pérdida de salario. Para obtener más información, consulta tu Certificado de seguro.

Terminación de los beneficios por discapacidad - tus beneficios terminarán cuando finalice tu discapacidad, cuando se exceda el período de duración de tu beneficio, cuando ganes más que tus ingresos cubiertos permitidos o en la fecha en que finalicen los beneficios porque no cumpliste los términos y condiciones de la póliza.

Exclusiones - este plan no paga beneficios por una discapacidad que sea consecuencia, directa o indirecta, de cualquiera de los siguientes: Suicidio, intento de suicidio o lesión causada por uno mismo intencionalmente en estado de cordura o demencia; guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada; participación en un motín; perpetración de un delito grave; la cancelación, restricción o no renovación de la licencia de un empleado, permiso o certificación necesarios para desempeñar los deberes de su ocupación, a menos que se deba exclusivamente a una lesión o enfermedad que cubra la póliza; cualquier cirugía cosmética o procedimiento quirúrgico que no sea médicamente necesario; una lesión o enfermedad por la que el empleado tiene derecho a beneficios de compensación de los trabajadores o de la ley de enfermedad ocupacional; una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Además, el plan no paga beneficios por discapacidad por ningún período de discapacidad durante el tiempo en que estés encarcelado en una institución penal o correccional.

1. La cantidad de tu beneficio se reducirá por cualquier cantidad que te pague cualquiera de las fuentes mencionadas en la sección "Efectos de otros beneficios de ingresos".

Los términos y condiciones de cobertura del seguro por discapacidad a corto plazo se establecen en la póliza de grupo n.º LK0752958. 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, 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 TL-004700. 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.

Creado en 08/2025