

## > Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo



### ¿Cómo Pagaría sus Cuentas si Estuviese Enfermo o Lesionado Temporalmente?

Incluso una breve enfermedad o lesión podría afectar seriamente su cheque de pago. Mientras dure, la enfermedad lo mantendrá fuera, pero ¿qué sucede cuando los días de enfermedad se agotan? Una póliza de seguro por incapacidad a corto plazo le proporciona beneficios en efectivo cuando lo necesita.

#### Nosotros lo Cubrimos

Como empleado activo de EAH, usted tiene acceso a una póliza de seguro de ingresos por incapacidad de United of Omaha Life Insurance Company.

La póliza de seguro de ingresos por incapacidad le puede ayudar a proporcionar seguridad cuando las necesita, además de tranquilidad para recuperarse rápidamente y volver al trabajo antes de tiempo.

En el siguiente cuadro se describen los beneficios y las pautas de cobertura.



#### ELEGIBILIDAD - ALL ELIGIBLE EMPLOYEES

<b>Requisitos de Elegibilidad</b>	Para ser elegible para la cobertura, debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana.
<b>Pago de Prima</b>	Usted paga en su totalidad las primas de este seguro.

#### BENEFICIOS

<b>Período de Eliminación</b>	Si se incapacita, tendrá que atravesar un período de eliminación antes de que se le paguen beneficios. Sus beneficios comienzan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El 8° día de su lesión incapacitante.</li> <li>• El 8° día de su enfermedad incapacitante.</li> </ul>
<b>Beneficio Semanal</b>	Su beneficio equivale al 25% de sus ingresos semanales antes de los impuestos, que no exceda el monto de beneficio semanal máximo del plan.  Las primas para nuestra cobertura por incapacidad a corto plazo está exenta mientras recibe los beneficios.
<b>Período de Beneficio Máximo</b>	Hasta 12 semanas
<b>Beneficio Semanal Máximo</b>	\$1,500
<b>Beneficio Semanal Mínimo</b>	None

<b>Beneficios Por Incapacidad Parcial</b>	Si se incapacita y puede trabajar por tiempo parcial (pero no tiempo completo), puede ser elegible para beneficios de incapacidad parcial que lo ayudarán a complementar sus ingresos hasta que pueda volver a trabajar tiempo completo.
---	--

## DEFINICIONES

<b>Definición de Incapacidad</b>	Incapacidad e incapacitado significa que debido a una lesión o enfermedad ha ocurrido un cambio significativo en su capacidad mental o funcional, y como resultado está impedido de realizar al menos uno de los deberes materiales de su trabajo regular y es incapaz de generar los ingresos actuales que exceden el 99% de sus ingresos semanales de su trabajo regular. Usted puede estar total o parcialmente incapacitado durante el período de eliminación.
<b>Definición de Ingresos Semanales</b>	Week Prior to Disability

## CARACTERÍSTICAS

<b>Beneficio de Rehabilitación Vocacional</b>	Si se incapacita y participar en el programa de rehabilitación vocacional, será elegible para un aumento del beneficio mensual del 5%.
<b>Portabilidad</b>	La característica de Portabilidad le permite solicitar el seguro de incapacidad a través de una póliza de confianza si finaliza su empleo, sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad. Usted será responsable del pago de la prima para la cobertura.

## SERVICIOS

<b>Programa de Descuentos para la Audición</b>	El Programa Descuentos para la Audición le ofrece a usted y su familia productos auditivos con descuentos, entre ellos audífonos y baterías. Comuníquese al 1-888-534-1747 o visite <a href="http://www.amplifonusa.com/mutualofomaha">www.amplifonusa.com/mutualofomaha</a> para obtener más información.
--	--

## CÁLCULO DE LA PRIMA POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO VOLUNTARIO

Utilice el factor de prima en la tabla provista a continuación para calcular su prima para la cobertura por incapacidad a corto plazo voluntario en la hoja de trabajo siguiente, utilizando el ejemplo como guía.

CÁLCULO DE PRIMA MENSUAL		EJEMPLO (empleado de 42 años con un ingreso anual de \$40,000)
Enumere sus ingresos semanales (El máximo es \$6,000)	\$ _____	\$ <u>769.23</u>
Multiplique por el factor de prima	<u>0.0165000</u>	<u>0.0165000</u>
Su prima estimada mensual**	\$ _____	\$ <u>12.69</u>

\*\*Es un estimado del costo de la prima. Las deducciones reales pueden variar ligeramente debido al redondeo y la frecuencia de nómina.

# › Preguntas Frecuentes

## ¿Quién es elegible para este seguro?

Debe trabajar activamente (llevando a cabo todos los deberes normales de su trabajo) durante al menos 30 horas por semana.

## ¿Por cuánto pagarán mis beneficios?

Los beneficios comienzan después de que finaliza el período de eliminación y se pagan hasta el período máximo de beneficio mientras esté incapacitado.

## ¿Mis beneficios se reducirán debido a otras fuentes de ingresos?

No, su plan no se reducirá como consecuencia de otra fuente de ingresos.

## ¿Este plan me cubre si quedo incapacitado como resultado de una lesión en el trabajo?

No, su seguro STD solo proporciona beneficios de cobertura fuera del trabajo por incapacidad debido a una lesión o enfermedad.

## ¿Existe alguna limitación o exclusión?

Los beneficios pagaderos están sujetos a lo siguiente:

- Su plan está sujeto a una limitación por condición preexistente. Una condición preexistente es una condición para la que ha recibido tratamiento médico, consulta, atención o servicios que incluyen medidas de diagnóstico, o para la que se le recetó o tomó medicamentos recetados en el marco de tiempo predeterminado anterior a la fecha de vigencia de la cobertura. La condición preexistente en virtud de este plan es 3/6, lo que significa cualquier condición para la que recibió atención médica en los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura que resulta en una discapacidad durante los primeros 6 meses de la cobertura, no estaría cubierta.
- Los beneficios no son pagados para cualquier incapacidad o pérdida que:
  - Resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada
  - Resulte de la participación en una revuelta o la comisión o intento de cometer un acto delictivo
  - Resulte, si la persona asegurada está sana o no, de una enfermedad o lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o intento de suicidio
  - Ocurre durante una reclusión mayor a 31 días en una cárcel o prisión
  - Es resultado único de la pérdida de una licencia profesional, licencia de ocupación o certificación

Es posible que no se apliquen todas las exclusiones, o deban ajustarse, según lo requieran las regulaciones estatales.

## ¿Puedo conservar el seguro si cambio de trabajo o ya no soy miembro de este grupo?

En el caso de que este seguro finalice debido a un cambio en su situación laboral o pertenencia en el grupo, o por otras razones, tiene derecho a transferir su cobertura a un plan de confianza de grupo, sujeto a determinadas condiciones.

Esta información describe algunas de las características del plan de beneficios. Los beneficios pueden no estar disponibles en todos los estados. Consulte el cuademillo del certificado para obtener una explicación completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las reducciones del plan. Si hubiera alguna discrepancia entre el cuademillo del certificado y este resumen, prevalecerá el cuademillo del certificado. La disponibilidad de los beneficios está sujeta a la aceptación final y la aprobación de la solicitud de grupo por la compañía que financia esta cobertura. El seguro de ingresos por incapacidad está respaldado por United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en New York. Número de formulario de póliza 7000GM-U-EZ-2010. La póliza o certificado de seguro que dan vigencia a la cobertura y los servicios descritos en este anuncio se proporcionan en inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo relacionada, los avisos y las comunicaciones también se proporcionarán en inglés únicamente. Recomendamos mantener acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y el certificado de seguro están disponibles en Español para los residentes de Puerto Rico, previa solicitud.



