

Plan de Seguro Voluntario de Indemnización por Incapacidad Largo Plazo (*Voluntary LTD*)

ABC Company, Inc.

anuncia protección de ingreso para sus empleados

A partir del: 01/01/2006

Aproximadamente, una de cada siete personas quedará incapacitada por un período de por lo menos cinco años antes de cumplir los 65 años de edad.¹ Para ayudarle a proteger parte de su ingreso, si tuviera que enfrentar una incapacidad, su empleador le está ofreciendo la oportunidad de comprar Seguro de Indemnización por Incapacidad a través de convenientes deducciones contra la nómina de sueldo. Este plan está basado en tarifas reducidas y ofrece una combinación de seguro por incapacidad a corto y seguro por incapacidad a largo plazo — por tan solo \$1.50 por semana usted podrá comprar una cantidad de beneficio mensual de \$1,000.

¹1987 Commissioners Group Disability Table, Society of Actuaries

El plan que su empleador ha elegido ofrece los siguientes beneficios:

Asegurabilidad

- ◆ Usted califica para el plan si es empleado a tiempo completo por el titular de la póliza o persona designada por el titular.
 - cuyo pago anual de deducción no exceda \$1,000,
 - que se encuentre trabajando activamente, y
 - que se encuentre trabajando en los Estados Unidos de América, salvo como empleado temporal o empleado que trabaja durante ciertas estaciones del año.
- También se le requerirá cumplir con cualquier otro requisito impuesto por su empleador. “De tiempo completo” se refiere al empleado que trabaja por lo menos 20 horas por semana.

Ventajas del Plan

- ◆ Usted podrá elegir la cantidad de beneficio que necesite y que se encuentre dentro de su presupuesto de gastos. Los niveles del beneficio mensual podrán ser elegidos en unidades de \$100, desde un mínimo de \$500 hasta un máximo de \$5,000 ó del 80% del pago mensual básico cubierto, la cantidad que fuese menor, redondeado al precedente múltiplo de \$100.
- ◆ La cantidad de cobertura que usted elija está disponible con **Emisión Garantizada**. **Esto significa que usted no tendrá que contestar ninguna pregunta de carácter médico para registrarse para este plan.**

La póliza o pólizas de seguro detalladas en este documento están suscritas por Union Security Insurance Company, una subsidiaria de Assurant, Inc. Assurant Employee Benefits, una unidad comercial de Assurant, Inc. comercializa sus planes de seguros de vida, seguros de indemnización por incapacidad y sus planes de beneficios dentales, así como productos y servicios relacionados con los mismos. En este documento, “nosotros” y los otros pronombres pertinentes se refieren a la entidad que corresponda..

- Si usted calificara para la cobertura y optara por no registrarse dentro de un período de 31 días de la fecha en que usted reúna los requisitos de asegurabilidad para este plan, usted tendrá que esperar hasta el próximo período anual de registro si deseara registrarse en el futuro. Además, usted podrá incrementar la cantidad de cobertura elegida durante el período anual de registro **sin** tener que presentar prueba que se encuentra en buen estado de salud
- ◆ Los beneficios estarán exentos del pago de impuestos federales sobre la renta, si la prima fuese pagada con fondos tras impuestos (*after-tax*).
- ◆ Usted estará cubierto las 24 horas del día, los siete días de la semana, ya sea dentro o fuera de su trabajo.
- ◆ Este seguro no conlleva **ningún período de calificación** para poder recibir los beneficios. Una vez que usted cumpla con la definición de incapacidad, la disponibilidad de los beneficios es inmediata.
- Para calificar para las indemnizaciones por concepto de una incapacidad, usted tendrá que reunir **tanto** los criterios de empleo (*occupation test*) **como** los criterios de evento catastrófico (*catastrophic test*).
 - Usted cumplirá con los criterios de empleo si por concepto de una enfermedad o embarazo usted no pudiera desempeñar por lo menos una de las responsabilidades materiales de cualquier ocupación que devengue ingresos, para la cual usted califique. Una ocupación que devengue ingresos se refiere a una ocupación que devengue, por lo menos, una cantidad de ingresos que sea al menos la cantidad de la cobertura elegida dentro de los 12 meses de su registro en el plan.
 - Para cumplir con los criterios de evento catastrófico usted tendrá que haber estado hospitalizado por un período de por lo menos 30 días consecutivos o haber sido diagnosticado con una condición médica terminal de la cual se espera la efectividad de la cobertura.
- Después de los primeros seis meses de cobertura el pago de los beneficios continuará, siempre y cuando:
 - Por concepto de una incapacidad permanente usted no pudiera desempeñar cualquier ocupación que devengue ingresos y
 - Usted ha sido clasificado como 51% impedido, a tenor de la clasificación de la Guía denominada *Guides to the Classification of Permanent Impairment* emitida por la American Medical Association o usted haya sido clasificado gravemente impedido por concepto de un trastorno mental o de comportamiento a tenor de los criterios publicados por la American Psychiatric Association, o
 - A usted se le diagnosticara una condición médica terminal después de la fecha de efectividad de la cobertura.
- ◆ Siempre y cuando usted cumpla con la definición de incapacidad, los beneficios serán pagados hasta su 65to. cumpleaños o hasta por un período de 24 meses, el período que fuese mayor.
- ◆ Abarca un Beneficio para Superviviente de 3 meses.
- ◆ Abarca un Privilegio de Conversión hasta de \$4,000.

Limitaciones

- ◆ La cantidad del beneficio podrá ser reducida por concepto de las indemnizaciones por incapacidad provenientes de planes de jubilación, planes gubernamentales, otros planes colectivos de seguro por incapacidad, beneficios provenientes de seguros contra riesgos extracontractuales (*no-fault insurance*), beneficio de continuación de sueldo, licencia por enfermedad cubierta por el titular de la póliza o el 50% de cualquier sueldo devengado con la finalidad de facilitarle su regreso a trabajar. Si la cantidad del beneficio fuese reducida, una indemnización mensual mínima de \$100 será pagada a aquellos empleados que trabajen 30 horas por semana o más.
- ◆ La cantidad del beneficio, antes de los precitados ajustes, será reducida por un 30% si nosotros no recibiéramos prueba de la pérdida dentro de 180 días después de cumplirse el Período de Calificación.
- ◆ Para que esta póliza colectiva pueda ser emitida, un mínimo de 10 empleados tendrá que registrarse para este plan.

Nosotros no pagaremos indemnización alguna, por los períodos en que usted se encuentre recluso en una institución como resultado de haber sido declarado culpable de un delito u ofensa pública. Nosotros no pagaremos indemnización alguna por concepto de una incapacidad atribuible a una guerra o cualquier acto bélico, declarados o no; lesiones autoinfligidas intencionalmente; o participar en o como resultado de participar en la perpetración de un asalto o delito. Tampoco pagaremos indemnización alguna, si su empleador, el titular de la póliza o una compañía afiliada le ofreciera a usted la oportunidad de trabajar restringidamente mientras usted se encuentre incapacitado, funcionalmente usted pudiera desempeñar el trabajo restringido que se le ofreciera; y no regresara a trabajar cuándo y cómo se le haya programado.

Esta cobertura conlleva limitaciones y exclusiones. Nosotros no cubriremos las incapacidades atribuibles a una condición preexistente o una condición relacionada a la misma. Para obtener información detallada, comuníquese con el representante de beneficios de la compañía contratante o refiérase a su folleto de beneficios. Este documento es una breve descripción de la cobertura disponible. Si surgiera alguna discrepancia, hágase saber que el contrato de seguro se regirá por lo estipulado en la póliza. Assurant Employee Benefits Insurance podrá cancelar la póliza enviándole al titular de la póliza una notificación escrita al respecto con 31 días de anticipación.

Aunque este [documento, folleto etc.] fue traducido al español, la / el [póliza / plan de seguro] promocionado y comprado está disponible únicamente en inglés, así mismo todo otro documento podría ser emitido únicamente en inglés. La /el [póliza/ plan de seguro] emitido en inglés es el documento reglamentario y ningún material publicitario o informativo constituirá modificación o cambio alguno a la / al [póliza / plan de seguro].

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, se debe entender que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el documento no se regirán por la versión original del documento emitida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

SAMPLE