

# Seguro de Vida a Término Fijo y por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)



## ¿Cómo funciona?

Usted conserva la cobertura durante un plazo determinado o "término". Si muere durante ese plazo, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los costos básicos de vida, los gastos funerarios, los gastos escolares y más.

También está disponible el Seguro de Vida y por muerte y desmembramiento accidental, el cual paga un beneficio si sobrevive a un accidente pero sufre ciertas lesiones graves. Paga un monto adicional si fallece debido a un accidente cubierto.

## ¿Por qué elegir Unum?

Su empleador le está ofreciendo esta cobertura sin costo alguno para usted.

## ¿Qué más incluye?

### Un beneficio "en vida"

Si se le diagnosticara una enfermedad terminal con una expectativa de vida de menos de 12 meses, se podría solicitar el 100% de su beneficio de seguro de vida (hasta los \$250,000) mientras aún estuviera con vida. Este monto se retirará del beneficio por muerte y puede ser sujeta a impuestos.

### Exención del pago de las primas

Puede que quede exento del pago de las primas si tiene una incapacidad total durante un periodo de tiempo.

### Portabilidad

Puede ser posible mantener la cobertura si deja la compañía, se jubila o cambia la cantidad de horas que trabaja.

Un empleado o dependiente no estará cualificado para recibir la cobertura portátil si su expectativa de vida se ve afectada sustancialmente a causa de una lesión o enfermedad cuando termina su cobertura colectiva.

### El programa de asistencia para empleados 'work-life balance'

Le permite obtener acceso a asistencia profesional para una amplia gama de problemas personales y laborales, incluidos recomendaciones de consejeros, planificación financiera, y apoyo jurídico.

## ¿Quién puede adquirir la cobertura del Seguro de Vida a Término Fijo?

Si está trabajando activamente al menos 30 horas por semana, puede recibir cobertura para lo siguiente:

Usted:	Puede recibir 2 veces sus ganancias hasta un máximo de \$300,000. Puede obtener hasta \$300,000 sin suscripción médica.
--------	--

## ¿Quién puede recibir cobertura de Seguro de Vida y por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)?

Usted:	Puede recibir 2 veces sus ganancias de cobertura de Seguro de Vida por Muerte y Desmembramiento Accidental hasta un máximo de \$300,000.
--------	--

No se requiere suscripción médica para la cobertura de AD&D.

## **Estar laboralmente activo**

Los empleados que reúnan los requisitos deben estar laboralmente activos para poder solicitar cobertura. Encontrarse laboralmente activo significa que, el día en que el empleado solicita cobertura, debe encontrarse trabajando en uno de los establecimientos comerciales de su compañía o encontrarse trabajando en un establecimiento en el que represente a su compañía. Si solicita la cobertura un día que no sea uno de sus días laborables programados, se lo considerará laboralmente activo a partir de su último día laborable programado. No se considerarán laboralmente activos los empleados que estén de licencia de ausencia o que hayan sido despedidos.

Para recibir cobertura, los empleados deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos.

Los empleados deben estar empleados activamente en los Estados Unidos para recibir cobertura. Deben estar asegurados en virtud del plan para cónyuges y dependientes para reunir los requisitos para recibir cobertura.

## **Exclusiones y limitaciones**

No se pagarán los beneficios del Seguro de Vida en caso de muerte por suicidio que ocurra en los primeros 24 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura o la fecha que aumenta a la cobertura existente se hace efectiva. Esta exclusión se aplica de manera estándar a todos los montos médicamente escritos y montos contributivos financiados por el empleado, incluidos los planes de financiamiento compartido.

## **Limitaciones y exclusiones específicas del Seguro de Vida y por muerte y desmembramiento accidental:**

No se pagarán los beneficios por muerte y desmembramiento accidental por pérdidas que causadas indirectamente como resultado de:

- Enfermedad física; tratamiento diagnóstico, médico o quirúrgico, o trastorno mental según se establece en la última edición del Manual de estadísticas y diagnóstico de trastornos mentales ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", en inglés)
- Suicidio, autodestrucción mientras se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, autolesiones infligidas intencionadamente mientras se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales o autolesiones infligidas mientras esté enajenado
- Guerra, declarada o no, o cualquier otro acto de guerra
- Participación activa en disturbios
- Cometer o intentar cometer un delito en virtud de la ley estatal o federal
- El uso voluntario de cualquier medicamento recetado o no, veneno, gas u otra sustancia química a menos que se haya usado siguiendo la receta o las indicaciones de su médico. Esta exclusión no se aplica a usted si la sustancia química es etanol.
- Embriaguez: estar en "estado de embriaguez" significa que su nivel de alcohol en sangre o es igual o superior al límite legal para conducir un vehículo motorizado en el estado o en la jurisdicción donde ocurrió el accidente.

## **Fecha de vigencia retrasada de la cobertura**

Empleado: se atrasará la cobertura del seguro si usted no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro habría entrado en vigencia.

## **Reducción por edad**

Los montos de cobertura del Seguro de Vida Life y por Muerte y Desmembramiento Accidental para usted se reducirán a 65% del monto original cuando cumpla 70 años, y se reducirán al 50% del monto original cuando cumpla 75 años. No se puede aumentar la cobertura después de una reducción.

## **Terminación de cobertura**

Su cobertura bajo la póliza terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- La fecha en que se cancele la póliza o el plan
- La fecha en que deje de pertenecer a un grupo que reúna los requisitos necesarios
- La fecha en que su grupo cualificado deje de estar cubierto
- El último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria
- El último día en que trabaje como empleado activo (a menos que la cobertura continúe a causa de un despido de trabajo, licencia de ausencia, lesión o enfermedad) según se describe en el certificado de cobertura.

## **El programa de asistencia para empleados "work-life balance"**

El programa de asistencia para empleados "work-life balance" es proporcionado por HealthAdvocate, y está disponible con determinadas ofertas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Los proveedores de servicios no proporcionan asesoramiento jurídico; por favor, consulte a su abogado para recibir asesoramiento. Los servicios no son válidos después de que termine la cobertura. Para obtener más detalles, por favor, comuníquese con su representante de Unum.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y disponibilidad, consulte el formulario de póliza C.FP-1 et al., o comuníquese con su representante de Unum.

Los servicios de Recursos Legales y Financieros para la Planificación de la Vida, provistos por HealthAdvocate, están disponibles con determinadas ofertas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Los proveedores de servicios no proporcionan asesoramiento jurídico; por favor, consulte a su abogado para recibir orientación. Los servicios no son válidos después de que termine la cobertura. Para conocer los detalles por favor, comuníquese con su representante de Unum.

Suscrito por: Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine



Bullhead City School District #15

# El Seguro de Discapacidad a Corto Plazo

Unum Life Insurance Company of America



## ¿Cómo funciona?

Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta, el seguro por discapacidad a corto plazo reemplazará parte de sus ingresos mientras se encuentra en el proceso de recuperación. Durante el tiempo que tenga su discapacidad, puede recibir pagos durante 24 semanas, como máximo.

Generalmente, se considera que tiene una discapacidad si no puede desempeñar tareas importantes de su trabajo y, como resultado, sus ingresos se ven afectados.

## ¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

Puede utilizar el dinero como desee. El dinero puede ayudarle a pagar el alquiler o la hipoteca, la comida, los gastos médicos por cuenta propia y más.

El seguro por discapacidad a corto plazo le paga un beneficio semanal si tiene una discapacidad cubierta que le impide trabajar.

**Desde nuestra fundación en 1848, Unum ha sido líder en los beneficios empresariales para los empleados.**

La innovación, la integridad y un compromiso inquebrantable con nuestros clientes nos han ayudado a convertirnos en un líder mundial en beneficios de protección financiera.



### Considere sus gastos semanales

Servicios	\$
Alojamiento	\$
Comestibles	\$
Transporte	\$
Cuidado de niños/cuidado de ancianos	\$
Cuidado médico / personal	\$
Educación	\$
Seguros	\$

## ¿Qué cantidad de cobertura puedo adquirir?

**Usted\***

Usted califica para recibir cobertura si es empleado activo en los Estados Unidos y trabaja un mínimo de 30 horas por semana.

Elija de \$100 a \$1,200 por semana, (en incrementos de \$100. Usted puede cubrir hasta el 60% de sus ingresos semanales. El beneficio semanal podría reducirse o compensarse con otras fuentes de ingresos.

\*Para más información, consulte las Divulgaciones Legales que se encuentran al final de este folleto.

Si no compró la cobertura cuando fue elegible por primera vez, tendrá que responder preguntas de salud ahora. Si es elegible recientemente, es posible que no tenga que responder preguntas de salud. Si ya cuenta con cobertura, podrá aumentarla hasta el monto máximo disponible. Es posible que deba responder preguntas de salud. La cobertura nueva puede estar sujeta a limitaciones por condiciones preexistentes.

Este plan no cubre condiciones preexistentes. Consulte la sección de divulgaciones para aprender más.

### Periodo de eliminación (EP)

Es la cantidad de días que debe transcurrir entre el primer día de su incapacidad cubierta y el día en que usted pueda empezar a recibir los beneficios por incapacidad.

Sus beneficios comenzarían después de que usted hubiera sido incapacitado durante 14 días.

### Duración del beneficio (BD)

La cantidad máxima de semanas que puede recibir beneficios durante la discapacidad. Tienes una duración de beneficio de 24 semanas.

## Hoja de cálculo para el Seguro de Incapacidad

### 1 Calcule el beneficio semanal máximo a su disposición

$$\begin{array}{ccccccc} \$ \underline{\hspace{1cm}} & \div 52 = \$ \underline{\hspace{1cm}} & \times 60\% = & \$ \underline{\hspace{1cm}} \\ \text{Sus ingresos} & \text{Sus ingresos semanales} & \text{(Porcentaje máximo de} & \text{Beneficio semanal máximo disponible (si el} \\ \text{anuales} & & \text{ingresos sujeto a cobertura)} & \text{monto supera el máximo del plan de \$1,200,} \\ & & & \text{introduzca \$1,200.)} \end{array}$$

### 2 Elija el monto de beneficio semanal que desee y calcule su costo por cheque

$$\begin{array}{ccccccc} \$ \underline{\hspace{1cm}} & \div \$100 = \$ \underline{\hspace{1cm}} & \times \$ \underline{\hspace{1cm}} & = \$ \underline{\hspace{1cm}} & \times 12 = \$ \underline{\hspace{1cm}} & \div 12 & = \$ \underline{\hspace{1cm}} \\ \text{Elija su cantidad de} & & \text{Su tarifa} & \text{Su costo mensual} & \text{Su costo anual} & \text{Número de} & \text{Su costo} \\ \text{beneficio semanal en} & & \text{(ver tabla)} & & & \text{cheques al} & \text{por cheque} \\ \text{incrementos de \$100} & & & & & \text{año} & \\ \text{increments from \$100} & & & & & & \\ \text{up to \$1,200} & & & & & & \end{array}$$

Edad	Tarifas
15-24	\$10.210
25-29	\$11.100
30-34	\$9.640
35-39	\$7.370
40-44	\$7.050
45-49	\$7.210
50-54	\$8.420
55-59	\$11.420
60-64	\$14.740
65+	\$16.850

El monto real que se le facture puede variar ligeramente. Su tarifa se basa en su edad y aumentará a medida que pase al siguiente rango de edad.

## Exclusiones y limitaciones

### Empleado activo

Se considerará un empleado activo si en el día en que solicite cobertura, usted está recibiendo un pago regular de su empleador por trabajar la cantidad mínima de horas semanales requeridas y está llevando a cabo las tareas esenciales y sustanciales de su ocupación habitual.

### Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Se atrasará la cobertura del seguro si no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro entraría en vigencia.

### Definición de incapacidad

Se considerará incapacitado si Unum determina que, debido a una enfermedad o lesión:

- tiene limitaciones para llevar a cabo las tareas esenciales y sustanciales de su ocupación habitual; y
- ha perdido el 20% o más de sus ingresos semanales.

Debe estar bajo el cuidado regular de un médico a fin de ser considerado incapacitado.

La pérdida de una licencia o certificación profesional u ocupacional no constituye, en sí misma, una incapacidad. Los 'actos sustanciales y esenciales' son las tareas, funciones y operaciones importantes que los empleadores requieren normalmente que las personas realicen como parte de su ocupación usual, y que no pueden ser razonablemente omitidas o modificadas. A menos que la póliza especifique lo contrario, como parte del proceso de evaluación de reclamaciones por incapacidad, Unum evaluará su ocupación en función de cómo se realice normalmente en la economía nacional, no en el modo en que se realice para un empleador específico, en un establecimiento específico ni en una región específica.

### Condiciones preexistentes

Se considerará que usted tiene una condición preexistente si:

- Recibió tratamiento, consultas, cuidados o servicios médicos, incluyendo medidas de diagnóstico, o tomó fármacos o medicamentos recetados para la condición en los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de su cobertura; y
- La incapacidad comienza durante los primeros 12 meses posteriores a la fecha de vigencia de su cobertura y usted no ha recibido ningún tratamiento para la condición preexistente durante 12 meses consecutivos después de su fecha de vigencia.

### Fuentes de ingresos deducibles

Su beneficio por incapacidad puede reducirse por fuentes de ingresos deducibles y por cualquier ingreso que perciba mientras esté incapacitado. Además, puede incluir tales fuentes como beneficios por incapacidad colectivos u otras cantidades que reciba o tenga derecho a recibir en virtud de:

- leyes de indemnización laboral o leyes similares respecto a beneficios ocupacionales
- leyes estatales de beneficios obligatorios
- una póliza de responsabilidad civil de un seguro de autos
- una póliza o un plan de seguro de vehículos a motor
- seguro a todo riesgo de vehículos a motor
- sentencias y acuerdos judiciales
- planes de continuación de sueldo o planes de ausencia por enfermedad, si se incluyen
- otros programas o seguros de incapacidad colectivos o de asociaciones
- Seguro Social u otros programas gubernamentales similares

### Continuidad de Cobertura

Si el empleado no estaba asegurado bajo el plan, no aplicará la continuidad de la cobertura. Si el empleado estaba asegurado bajo el plan anterior pero no tiene un empleo activo en la fecha de vigencia del plan de Unum (debido a una enfermedad o lesión), la persona estará cubierta por el plan de Unum, pero el pago se limitará a lo que se habría pagado bajo el plan anterior. Unum reducirá el pago por la responsabilidad de la aseguradora anterior. Si el empleado estaba asegurado bajo el plan anterior y está en un empleo activo en la fecha de vigencia del plan de Unum, la persona debe cumplir con la disposición preexistente bajo el plan de Unum o el plan de la aseguradora anterior. Si está conforme con el plan de Unum, el pago se realizará de acuerdo con el plan de Unum. Si está conforme con el plan anterior (pero no con el plan de Unum), el pago se administrará según el plan de Unum, pero el pago será el menor del beneficio de Unum semanal o del beneficio del plan anterior semanal.

### Exclusiones y limitaciones

No se pagarán beneficios por incapacidades que se causen por, deriven de, o se produzcan como resultado de:

- guerra, declarada o no, o cualquier otro acto de guerra;
- participación activa en un disturbio;
- autolesiones intencionales;
- pérdida de una licencia profesional u ocupacional, o certificación;
- comisión de un delito por el cual usted haya recibido una condena;
- todo periodo de incapacidad durante el cual se encuentre en prisión;
- cualquier enfermedad o lesión ocupacional (no se aplicará para los socios o propietarios únicos que por ley no puedan estar cubiertos bajo una ley de indemnización laboral o ley similar);

- condiciones de salud preexistentes excluidas (ver definición).

La pérdida de una licencia o certificación profesional u ocupacional no constituye, en sí misma, una incapacidad.

### Terminación de cobertura

Su cobertura bajo la póliza termina cuando ocurre el primero de los siguientes eventos:

- la fecha en que se cancele la póliza o el plan
- la fecha en que deje de pertenecer a un grupo que reúna los requisitos necesarios
- la fecha en que su grupo que reúne los requisitos deje de estar cubierto
- el último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria
- el último día en que trabaje como empleado activo a menos que se aplique la provisión de despidos o licencias de ausencia cubiertos

Unum proveerá cobertura para una reclamación válida que surja mientras usted esté cubierto en virtud de la póliza o el plan.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y su disponibilidad, consulte el Formulario de Póliza C.FP-1 et al., o comuníquese con su representante de Unum.

Suscrito por: Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2022 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

# Seguro de Vida a Término Fijo y Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D)



## ¿Cómo funciona?

Usted elige el monto de cobertura que sea adecuado para usted, y conserva la cobertura durante un plazo determinado, o "término". Si muere durante ese plazo, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los costos básicos de vida, los gastos funerarios, los gastos escolares y más.

También está disponible el Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental, el cual paga un beneficio si sobrevive a un accidente pero sufre ciertas lesiones graves. Paga un monto adicional si fallece debido a un accidente cubierto.

## ¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$150,000 sin suscripción médica.

## ¿Qué más incluye?

**Un beneficio "en vida"** — Si se le diagnosticara una enfermedad terminal con una expectativa de vida de menos de 12 meses, usted podría solicitar el 50% de su beneficio de Seguro de Vida (hasta los \$750,000) mientras aún está con vida. Esta cantidad se deducirá del beneficio por fallecimiento y puede estar sujeta a impuestos. **Estos pagos de beneficios pueden afectar negativamente la elegibilidad del beneficiario para Medicaid u otros beneficios o derechos gubernamentales, y pueden estar sujetos a impuestos.**

Los beneficiarios deben consultar a su abogado o asesor fiscal antes de utilizar los pagos de beneficios de vida.

**Exención del pago de las primas** — Puede que quede exento del pago de las primas si tiene una incapacidad total durante un periodo de tiempo.

**Portabilidad** — Puede ser posible guardar su cobertura si deja la compañía, se jubila, o cambia la cantidad de horas que trabaja.

Un empleado o dependiente no reunirá los requisitos necesarios para recibir la cobertura portátil si su expectativa de vida se ve afectada sustancialmente a causa de una lesión o enfermedad cuando termina su cobertura colectiva.

## ¿Quién puede adquirir la cobertura del Seguro de Vida a Término Fijo?

Si usted se encuentra laboralmente activo al menos 30 horas por semana, puede solicitar cobertura para:

Usted:	Elija de \$10,000 a \$500,000 en incrementos de \$10,000 hasta 5 veces sus ingresos. Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$150,000, su monto de emisión garantizado, sin contestar un cuestionario médico. Si ha rechazado cobertura antes, podría tener que responder algunas preguntas de salud.
Su cónyuge:	Puede adquirir hasta \$500,000 de cobertura en incrementos de \$5,000. La cobertura del cónyuge no puede exceder el 100% del monto de la cobertura que compra para usted. Si antes ha comprado cobertura para su cónyuge, se podrá aumentar dicha cobertura hasta en \$25,000, sin respaldo médico, si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia retrasada). Si antes ha rechazado cobertura para su cónyuge, es posible que sea necesario responder un cuestionario médico.
Sus hijos:	Puede adquirir hasta \$10,000 de cobertura en incrementos de \$2,000 si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia pospuesta). Una sola póliza cubre a todos sus hijos hasta que cumplan los 19th años – o hasta los 26th años, si son estudiantes a tiempo completo. El beneficio máximo que se paga por un niño desde su nacimiento con vida hasta los 6 meses es de \$1,000.

## ¿Quién puede obtener la cobertura por Muerte y Desmembramiento Accidental?

Usted:	Adquiera hasta \$500,000 de cobertura por muerte y desmembramiento accidental para usted mismo en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de 5 veces sus ingresos.
Su cónyuge:	Adquiera hasta \$500,000 de cobertura por muerte y desmembramiento accidental para su cónyuge en incrementos de \$5,000, si cumple los requisitos.
Sus hijos:	Adquiera hasta \$10,000 de cobertura para sus hijos, en incrementos de \$2,000 si reúnen los requisitos, (véase la fecha de vigencia pospuesta).

No se requiere suscripción médica para la cobertura de AD&D.

## ¿Qué cantidad de cobertura puedo adquirir?

### Calcule su costo

1. Introduzca el monto de cobertura de que desee.
2. Divídalo por el monto indicado.
3. Multiplíquelo por la tarifa. Consulte la tabla (a la derecha) para encontrar la tarifa que corresponda a su edad.

(Elija la edad que tendrá cuando su cobertura entre en vigencia en 01/07/2025. Para determinar la tarifa de cónyuge, elija la edad que tendrá el empleado cuando la cobertura entrará en vigencia el 01/07/2025.)

4. Introduzca su costo.

	1	2	3	4
<b>Empleado</b>	\$____,000	÷ \$10,000 = \$____	X \$____	= \$____
<b>Cónyuge</b>	\$____,000	÷ \$5,000 = \$____	X \$____	= \$____
<b>Hijo</b>	\$____,000	÷ \$2,000 = \$____	X \$____	= \$____
<b>Costo total</b>				

Tarifa Mensual de la cobertura a Término Fijo para el empleado		Tarifa Mensual para el cónyuge	Tarifa Mensual para hijos
Edad	Por cada \$10,000 de cobertura	Por cada \$5,000 de cobertura	\$0.200 por cada \$2,000 de cobertura
	Costo	Costo	
15-24	\$0.500	\$0.250	
25-29	\$0.500	\$0.250	
30-34	\$0.600	\$0.300	
35-39	\$0.800	\$0.400	
40-44	\$1.000	\$0.500	
45-49	\$1.500	\$0.750	
50-54	\$2.300	\$1.150	
55-59	\$4.200	\$2.100	
60-64	\$5.500	\$2.750	
65-69	\$7.600	\$3.800	
70-74	\$9.800	\$4.900	
75+	\$14.600	\$7.300	

1. Introduzca el monto de cobertura por muerte y desmembramiento accidental que desee.
2. Divídalo por el monto indicado.
3. Multiplíquelo por la tarifa. Consulte la tabla de tarifas de la cobertura por muerte y desmembramiento accidental (a la derecha) para encontrar la tarifa.
4. Introduzca su costo.

Muerte y Desmembramiento Accidental				
	1	2	3	4
<b>Empleado</b>	\$____,000	÷ \$10,000 = \$____	X \$0.330	= \$____
<b>Cónyuge</b>	\$____,000	÷ \$5,000 = \$____	X \$0.170	= \$____
<b>Hijo</b>	\$____,000	÷ \$2,000 = \$____	X \$0.080	= \$____
<b>Costo total</b>				

Muerte y Desmembramiento Accidental – Tarifa Mensual		
	Cantidades de cobertura	Tarifas
<b>Empleado</b>	por cada \$10,000 de cobertura	\$0.330
<b>Cónyuge</b>	por cada \$5,000 de cobertura	\$0.170
<b>Hijo</b>	por cada \$2,000 de cobertura	\$0.080

El monto real que se le facture puede variar ligeramente. Si solicita cobertura por encima del monto de emisión garantizada, puede estar sujeto a una suscripción médica que puede afectar su capacidad para obtener el monto de cobertura mayor. Para comprar cobertura para dependientes, usted debe comprar cobertura para usted mismo. Los montos de cobertura no pueden exceder el 100% de los montos de cobertura de usted.

## Exclusiones y limitaciones

### Estar laboralmente activo

Los empleados que reúnan los requisitos deben estar laboralmente activos para poder solicitar cobertura. Encontrarse laboralmente activo significa que en el día en que el empleado solicita cobertura, debe encontrarse trabajando en uno de los establecimientos comerciales de su compañía o encontrarse trabajando en un establecimiento en el que represente a su compañía. Si solicita la cobertura un día que no sea uno de sus días laborables programados, se considerará laboralmente activo a partir de su último día laborable programado. No se considerarán laboralmente activos los empleados que hayan tomado licencias de ausencia o hayan sido despedidos.

Un niño dependiente minusválido y soltero que se quede minusválido antes de cumplir los 26 años de edad puede cumplir los requisitos para recibir beneficios. Consulte al administrador de su plan para conocer los requisitos en detalle.

Para recibir cobertura, los empleados deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos. Los empleados deben estar empleados en activo del empleador en los Estados Unidos para recibir cobertura. Los empleados deben estar asegurados en virtud del plan para cónyuges y dependientes para reunir los requisitos para recibir cobertura.

### Exclusiones y limitaciones

No se pagarán los beneficios de Seguro de Vida en caso de muerte por suicidio que ocurra en los primeros 24 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Lo mismo se aplica a los beneficios aumentados o adicionales.

### Limitaciones y exclusiones específicas de la cobertura por Muerte y Desmembramiento Accidental

No se pagarán los beneficios por muerte y desmembramiento accidental por pérdidas que se causen por, deriven de, o se produzcan como resultado de lo siguiente:

- enfermedad física; tratamiento diagnóstico, médico o quirúrgico, o trastorno mental según se establece en la última edición del Manual de estadísticas y diagnóstico de trastornos mentales ('Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', en inglés)
- suicidio, autodestrucción mientras se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, autolesiones infligidas intencionadamente mientras se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, o autolesiones infligidas mientras esté enajenado
- guerra, declarada o no, o cualquier otro acto de guerra
- participación activa en disturbios
- cometer o intentar cometer un delito en virtud de la ley estatal o federal
- el uso voluntario de cualquier medicamento recetado o no, veneno, gas u otra sustancia química a menos que haya sido usado siguiendo la receta o las indicaciones de su médico o el médico de su dependiente. Esta exclusión no se aplica a usted ni a su dependiente si la sustancia química es etanol.
- embriaguez – estar en 'estado de embriaguez' significa que su nivel de alcohol en sangre o el médico de su dependiente es igual o superior al límite legal para conducir un vehículo motorizado en el estado o en la jurisdicción donde ocurrió el accidente.

### Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Empleado: Se atrasará la cobertura del seguro si usted no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro habría entrado en vigencia.

Fecha de vigencia retrasada: Si su cónyuge o hijo sufre una lesión, enfermedad o trastorno grave, o está confinado, es posible que su cobertura no entre en vigencia. El pago de la prima no garantiza cobertura. Consulte su póliza o contrato o comuníquese con el administrador de su plan para más información acerca de la provisión de fecha de vigencia pospuesta que se corresponde con su plan.

### Reducción por edad

Los montos de cobertura del Seguro de Vida Life y por Muerte y Desmembramiento Accidental para usted y sus dependientes se reducirán a 65% del monto original cuando cumpla 70 años, y se reducirán al 50% del monto original cuando cumpla 75 años. No se puede aumentar la cobertura después de una reducción.

### Terminación de cobertura

Su cobertura y la cobertura de sus dependientes bajo la póliza terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que se cancele la póliza o el plan
- la fecha en que deje de pertenecer a un grupo que reúna los requisitos necesarios
- la fecha en que su grupo que reúne los requisitos necesarios deje de estar cubierto
- el último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria
- el último día en que trabaje como empleado activo (a menos que la cobertura continúe a causa de un despido de trabajo, licencia de ausencia, lesión o enfermedad) según se describe en el certificado de cobertura

Asimismo, la cobertura de cualquier dependiente terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que termine su cobertura bajo un plan
- la fecha en que su dependiente ya no reúna los requisitos necesarios
- para cónyuges, la fecha de divorcio o anulación
- para dependientes, la fecha de su fallecimiento

Unum cubrirá una reclamación válida que surja mientras usted y sus dependientes estén cubiertos por la póliza o el plan.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza

tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y disponibilidad, consulte el formulario de póliza C.FP-1 et al, o comuníquese con su representante de Unum.

Los servicios de Recursos Legales y Financieros para la Planificación de la Vida, provistos por HealthAdvocate, están disponibles con determinadas ofertas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Los proveedores de servicios no proporcionan asesoramiento jurídico; consulte a su abogado para recibir orientación. Los servicios no son válidos después de que termine la cobertura. Para conocer los detalles, comuníquese con su representante de Unum.

Unum cumple con todas las leyes estatales de unión civil de la pareja doméstica sean aplicables.

Suscrito por:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2022 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.



# Formulario de inscripción del seguro de discapacidad

Unum Insurance Company  
2211 Congress Street Portland, Maine 04122



**ESTE FORMULARIO NO ES UNA SOLICITUD DE SEGUROS: Es un formulario de inscripción.**

Si ya cuenta con cobertura de Unum: Por favor, tome en cuenta que las elecciones nuevas de beneficios reemplazarán todas las elecciones previas. Si no desea efectuar cambios, no es necesario completar el formulario. Para recibir asistencia, consulte al administrador de su plan.

Bullhead City School District #15

## Complete su información personal y elija el monto de su cobertura

Primer nombre (en letra de imprenta)		Inicial del 2do nombre	Apellido(s)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (MM-DD-YYYY)	Fecha de contratación original (MM-DD-YYYY)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sueldo anual	Horas trabajadas por semana	Profesión		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
¿Ha llegado a ser elegible para beneficios recientemente? (Sí/No) <input type="checkbox"/>	¿Ha sido contratado nuevamente por su compañía? (Sí/No) <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique la fecha (MM-DD-YYYY) <input type="text"/>		

## Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

409045

### Elija una cantidad de cobertura

#### Usted puede adquirir

**\$100 – hasta el 60% de su sueldo semanal**  
(en incrementos de \$100)

Utilice la hoja de cálculo de seguro de incapacidad para calcular el beneficio máximo semanal disponible.

**Escriba la cantidad de cobertura del beneficio semanal que desea adquirir:**

\$ \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .00

Para calcular el costo por cheque de sueldo, consulte la hoja de cálculo de seguro de incapacidad que se encuentra en la sección 'Calcular sus costos'.

Si anteriormente era elegible para recibir cobertura pero no la compró, por favor complete Evidencia de Asegurabilidad. Consulte al administrador de su plan para conocer los detalles.

El monto real que se le facture puede variar ligeramente.

409045

## Seguro de Incapacidad a Corto Plazo — FIRMAR Y CERTIFICAR

### SÍ — Deseo la Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo

Sí, he leído y comprendo las exclusiones, limitaciones, fecha de vigencia retrasada, reducciones de los beneficios, y características de compensación de mi cobertura como se describe en los materiales de inscripción. Autorizo a mi empleador a hacer las deducciones necesarias de mi salario o sueldo para pagar la prima cuando mi seguro entre en vigencia. Comprendo que el monto de mi deducción del cheque de pago cambiará si cambian los costos o mi cobertura.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### NO — No deseo la Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo

NO DESEO el **Seguro de Incapacidad a Corto Plazo**

Comprendo que si decido elegir esta cobertura en el futuro, es posible que tenga que presentar evidencia de asegurabilidad relacionada con el estado de mi salud para que Unum pueda determinar mi elegibilidad para la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Devolver los formularios a: administrador de plan

### Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Se retrasará la cobertura del seguro si no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro entraría en vigencia.

Suscrito por: Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2019 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

AE-1224-SP (10-19) FOR EMPLOYEES



1113854-1

Necesario:  
Primer nombre (en letra de imprenta)

Inicial  
del 2do  
nombre    Apellido

---

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Aviso: Su correo electrónico solo se usará si necesita responder preguntas de salud para obtener esta cobertura. Recibirá un enlace para responder preguntas sobre salud en línea.

Devolver los formularios a: plan administrator

**Fecha de vigencia retrasada de la cobertura**

Se retrasará la cobertura del seguro si no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro entraría en vigencia.

Suscrito por: Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2019 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.



1113854-1



# Seguro de Vida a Término Fijo Formulario de inscripción

— Complete este formulario para inscribirse.

Unum Insurance Company

2211 Congress Street Portland, Maine 04122

**ESTE FORMULARIO NO ES UNA SOLICITUD DE SEGUROS: Es un formulario de inscripción.**

Si ya cuenta con cobertura de Unum: Por favor, tome en cuenta que las elecciones nuevas de beneficios reemplazarán todas las elecciones previas. Si no desea efectuar cambios, no es necesario completar el formulario. Para recibir asistencia, consulte al administrador de su plan.



Bullhead City School District #15

## Paso 1: Complete su información personal

Primer nombre (en letra de imprenta)  Inicial del 2do nombre  Apellido(s)  409046

Número de Seguro Social  Sexo (M/F)  Fecha de nacimiento (MM-DD-YYYY)

Domicilio  Núm. del apartamento

Ciudad  Estado  Código postal  -

Fecha de contratación original  Sueldo anual \$  Profesión  Horas trabajadas por semana

¿Ha llegado a ser elegible para beneficios recientemente (Si/No)  ¿Ha sido contratado nuevamente por su compañía? (Si/No)  En caso afirmativo, indique la fecha (mm-dd-yyyy)

Primer nombre del esposo(a) (en letra de imprenta)  Inicial del 2do nombre  Apellido(s)

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

## Paso 2: Elija una cantidad de cobertura (puede usar la hoja de cálculo para calcular su costo)

Recuerde: Los montos de cobertura que elija para su cónyuge no pueden exceder el 100% del monto de cobertura que compre para usted mismo.

### Seguro de vida a término fijo

\* Si usted ya compró la cobertura y ahora está eligiendo una cantidad de más de \$150,000 para usted o \$25,000 para su cónyuge o si anteriormente se le ofreció cobertura durante su periodo de elegibilidad inicial y declinó inscribirse, complete la Evidencia de Asegurabilidad. Consulte al administrador de su plan para conocer los detalles.

Empleado	Cónyuge	Hijo(a)
<b>Cantidad de cobertura</b>	<b>Cantidad de cobertura</b>	<b>Cantidad de cobertura</b>
<input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$2,000
<input type="checkbox"/> \$50,000	<input type="checkbox"/> \$15,000	<input type="checkbox"/> \$6,000
<input type="checkbox"/> \$150,000 *	<input type="checkbox"/> \$25,000 *	<input type="checkbox"/> \$10,000

¿Desea una cantidad diferente?  \$   \$

### Seguro por AD&D

Empleado		Cónyuge		Hijo(a)	
Cantidad de cobertura	Mensual Costo	Cantidad de cobertura	Mensual Costo	Cantidad de cobertura	Mensual Costo
<input type="checkbox"/> \$10,000	\$0.33	<input type="checkbox"/> \$5,000	\$0.17	<input type="checkbox"/> \$2,000	\$0.08
<input type="checkbox"/> \$50,000	\$1.65	<input type="checkbox"/> \$15,000	\$0.51	<input type="checkbox"/> \$6,000	\$0.24
<input type="checkbox"/> \$150,000	\$4.95	<input type="checkbox"/> \$25,000	\$0.85	<input type="checkbox"/> \$10,000	\$0.40

¿Desea una cantidad diferente?  \$   \$

### Paso 3: Nombrar a sus beneficiarios

Su beneficiario principal es la persona (o personas) que recibiría el pago de beneficio de su póliza de seguro de vida si usted falleciera. El porcentaje total de beneficio no debe superar el 100%.

<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Su beneficiario secundario recibiría el pago de beneficio de su póliza de seguro de vida si un beneficiario principal ya no estuviera vivo.

<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Primer nombre</b> (en letra de imprenta)	Inicial del 2do nombre	<b>Apellido(s)</b>	Parentesco (padre, hijo, amigo, etc.)	% del beneficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Paso 4: FIRMAR Y CERTIFICAR

He leído y comprendo las "Limitaciones y Exclusiones" presentes en este folleto de beneficios. Todas las declaraciones son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que se pondrá a mi disposición una copia de este formulario si la solicito. Autorizo a mi empleador a hacer las deducciones necesarias de mi salario o sueldo para pagar la prima cuando mi seguro entre en vigencia. Comprendo que el monto de deducción de mi cheque de pago cambiará si cambian los costos o mi cobertura, o si he cometido algún error al llenar este formulario.

No, no deseo la cobertura bajo el Seguro de Vida a Término Fijo.

No, no deseo la cobertura bajo el Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental.

Comprendo que es posible que tendré que presentar evidencia de asegurabilidad relacionada con el estado de mi salud si decido elegir esta cobertura en el futuro, para que Unum pueda determinar mi elegibilidad para la misma.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Devolver los formularios a: administrador de plan

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Aviso: Su correo electrónico solo se utilizará si solicitó un nivel de cobertura superior al monto de emisión garantizado. Recibirá un enlace para responder preguntas sobre salud en línea.

#### Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Se retrasará la cobertura del seguro si no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro entraría en vigencia.

Fecha de vigencia retrasada: Si su cónyuge o hijo sufre una lesión, enfermedad o trastorno grave, o está confinado, es posible que su cobertura no entre en vigencia. El pago de la prima no garantiza cobertura. Consulte su póliza o contrato o comuníquese con el administrador de su plan para más información acerca de la provisión de fecha de vigencia pospuesta que se corresponde con su plan.

Suscrito por: Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2019 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

AE-1185-SP (11-15)



1113854-1