

DETALLES DE LOS BENEFICIOS

Descubre nuevas maneras de proteger lo que amas



Sun Life

Life's brighter under the sun

Encuentre sus beneficios aquí.

EARNHARDT MANAGEMENT COMPANY

PÓLIZA # 932864

Si está leyendo esto, debe ser el momento de inscripción. Pero no se preocupe, porque lo tenemos cubierto. Le proporcionaremos la información correcta para obtener la mejor cobertura para usted y su familia. Algunas de nuestras ofertas pueden ser nuevas para usted. Tómese un tiempo para leer este folleto, de modo que se sienta seguro acerca de sus elecciones. Y tenga en cuenta que cualquier beneficio que elija se paga fácilmente mediante la deducción de nómina.

UN VISTAZO A LOS BENEFICIOS:

- ▶ **Seguro Dental** para ayudar a mantener sonrisas saludables y una mejor salud en general.
- ▶ **Seguro Dental Prepago/DHMO** para una atención dental conveniente con montos de copago fijos.
- ▶ **Seguro de Vida Voluntario** para proteger a su familia si algo le sucede.
- ▶ **Seguro de Incapacidad a Corto Plazo** que paga una parte de sus ingresos si una discapacidad que está cubierta significa que no puede trabajar.
- ▶ **Seguro de Incapacidad a Largo Plazo** para proteger sus ahorros, una vez que se aprueba su reclamo, cuando no puede trabajar por un tiempo prolongado.

Seguro Dental

CUBIERTOS COMÚNMENTE

- ✓ Exámenes y limpiezas
- ✓ Radiografías
- ✓ Empastes
- ✓ Extracciones dentales
- ✓ Tratamientos de conducto radicular

▶ PROTEGE SU SONRISA.

Siéntase más seguro con el seguro dental que le alienta a hacerse limpiezas y chequeos de rutina. El seguro dental ayuda a proteger sus dientes toda la vida.

▶ PREVIENE OTROS PROBLEMAS DE SALUD.

La atención preventiva anual por sí sola puede ayudar a prevenir otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes. Muchos planes cubren servicios preventivos casi o en su totalidad para que pueda aprovechar sus beneficios dentales.

▶ MENOS GASTOS DE BOLSILLO.

Visitar a un dentista de la red puede reducir sus tarifas aproximadamente un 30% de sus tarifas estándar. Agregue a eso los beneficios de su coseguro y su bolsillo se verá beneficiado.

Su empleador le ofrece dos planes dentales. Revise la información de este plan así como del plan DHMO/prepagado. Luego, elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE SERVICIO DENTAL

La enfermedad periodontal puede ocasionar la retracción de encías, daño óseo, pérdida de dientes, y puede aumentar el riesgo de otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes.¹

El tratamiento de la enfermedad periodontal en personas con diabetes tipo 2 puede reducir el nivel de azúcar en sangre con el tiempo.²

MÁXIMO POR AÑO DEL PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo I, II y III (Servicios Preventivos, Básicos y Mayores)	\$1,500 por persona (incluye recompensas preventivas)	\$1,500 por persona (incluye recompensas preventivas)

DEDUCIBLE POR AÑO DEL PLAN

PROCEDIMIENTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios Preventivos Tipo I	N/A	N/A
Servicios Tipos II y III (Básicos y Mayores)	\$50 individual	\$50 individual

EL PLAN PAGA LOS SIGUIENTES PORCENTAJES PARA PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios Preventivos Tipo I	100%	100%
Servicios Básicos Tipo II	90%	80%
Servicios Mayores Tipo III	60%	50%

SERVICIOS

Servicios Dentales Preventivos Tipo I, incluyendo:

- Exámenes bucales – 1 en cualquier período de 6 meses
- Limpiezas dentales de rutina – 1 en cualquier período de 6 meses (frecuencia combinada con mantenimiento periodontal)
- Tratamiento con flúor – 1 en cualquier período de 6 meses. *Sólo para niños menores de 14 años*
- Selladores – no más de 1 por pieza en cualquier período de 36 meses, sólo para dientes molares permanentes. *Sólo para niños menores de 16 años*
- Mantenedores de espacio – *sólo para niños menores de 19 años*
- Radiografías de aleta de mordida – 1 en cualquier período de 12 meses
- Prueba genética de susceptibilidad a enfermedades bucales

Servicios Dentales Básicos Tipo II, incluyendo:

- Nuevos empastes, incluyendo materiales compuestos para dientes posteriores
- Extracciones simples, incisión y drenaje
- Endodoncia (incluye tratamiento de conducto radicular) – 1 por pieza en cualquier período de 24 meses
- Radiografías intrabucales de serie completa – 1 en cualquier período de 60 meses
- Enfermedad leve de las encías (periodoncia no quirúrgica)
- Raspado y alisado radicular – 1 en cualquier período de 24 meses por área
- Mantenimiento periodontal – 1 vez en 3 meses consecutivos, frecuencia combinada con limpiezas dentales de rutina y se limita a 4 en 12 meses

consecutivos

- Administración localizada de agentes antimicrobianos
- Enfermedad grave de las encías (periodoncia quirúrgica)

Servicios Dentales Mayores Tipo III, incluyendo:

- Dentaduras y puentes – sujetos a un límite de 7 años para el reemplazo
- Coronas de acero inoxidable – *sólo para niños menores de 19 años*
- Incrustaciones, recubrimientos y reparaciones de coronas – 1 por pieza en cualquier período de 7 años
- Extracciones quirúrgicas de dientes erupcionados, impactados o de raíz expuesta
- Biopsia (incluyendo biopsia por cepillado)
- Cirugía oral compleja
- Anestesia general/sedación intravenosa – cuando es una necesidad médica

Períodos de Espera

Para ver una descripción completa de los servicios y períodos de espera, revise el certificado de su seguro. Si usted estaba cubierto por el plan anterior de su empleador, no habrá espera para ningún tipo de servicio cubierto bajo el plan anterior y este plan.

- Ningún período de espera para servicios preventivos, básicos o mayores

Preguntas frecuentes

¿Cómo funciona una PPO?

PPO son las siglas de Participating Provider Organization. Con un plan dental PPO, los proveedores dentales aceptan participar en una red dental ofreciendo tarifas con descuento en la mayoría de los procedimientos dentales. Cuando vaya a un proveedor en la red, es posible que note menores costos directos porque los proveedores en la red aceptan tarifas con descuento negociadas previamente en reclamaciones elegibles.

¿Cómo encuentro un dentista?

Simplemente visite www.sunlife.com/findadentist. Siga las indicaciones para encontrar un dentista en su área que participa en la red de PPO. No necesita seleccionar un dentista de antemano. La red de PPO para su plan es Sun Life Dental Network® con más de 130,000 dentistas exclusivos³.

¿Tengo que elegir un dentista de la red de PPO?

No. Puede consultar cualquier dentista con licencia para los servicios. Sin embargo, es posible que note menores costos directos cuando vaya a un dentista en la red.

¿Mis dependientes son elegibles para la cobertura?

Sí. Su plan ofrece cobertura para su cónyuge⁴ e hijos dependientes. Un hijo elegible se define como un hijo hasta la edad de 26.⁵

¿Qué sucede si ya comencé un procedimiento dental, tal como un tratamiento de conducto radicular o aparatos de ortodoncia, que requiere varias citas?

Es posible que su cobertura con nosotros maneje estos procedimientos de manera diferente que su plan anterior. Para asegurar una transición sin inconvenientes para el procedimiento en curso, llame a nuestros expertos en reclamaciones dentales antes de su próxima cita al 800-442-7742.

¿Tengo que presentar una reclamación?

Muchos dentistas pueden presentar reclamaciones por usted. Si un dentista no presenta su reclamación, simplemente pida a su dentista que llene un formulario de reclamación estándar para Estados Unidos de Dental Association (ADA) y lo envíe por correo a:

Sun Life
P.O. Box 2940
Clinton, IA 52733

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura o dónde encuentro mi tarjeta de identificación de seguro dental?

Después de la fecha de vigencia de su cobertura, puede ver la información de beneficios en línea a su conveniencia a través de su cuenta Sun Life. Para crear una cuenta, visite www.sunlife.com/account y regístrese. También puede acceder a esta información desde nuestra aplicación móvil, disponible para dispositivos Apple y Android. O puede llamar a Servicio al Cliente de Sun Life's al 800-442-7742. Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, para acceder a nuestro sistema automatizado y obtener

1. American Academy of Periodontology <https://www.perio.org/consumer/gum-disease-and-other-diseases> (consultado el 07/21).

2. American Academy of Periodontology <https://www.perio.org/newsroom/periodontal-disease-fact-sheet> (consultado el 07/21).

3. Datos de Zelis Network Analytics a partir de enero de 2022 y según un recuento único de dentistas. Las redes dentales de Sun Life incluyen a su afiliado, Dental Health Alliance, L.L.C.® (DHA), y a dentistas según acuerdos de acceso con otras redes dentales. Los recuentos a nivel nacional son totales a nivel estatal.

4. Si el plan de beneficios para el empleado del empleador lo permite y no está prohibido por las leyes estatales, el término "cónyuge" en este beneficio incluye a cualquier persona que sea reconocida como cónyuge, pareja de hecho registrada, pareja en una unión civil o a quien se le otorguen los mismos derechos que a un cónyuge.

5. Consulte con su empleador para obtener información más específica.

6. La clasificación de servicios varía según el diseño del plan.

7. La cantidad total de procedimientos combinados de limpiezas profilácticas y mantenimiento periodontal no puede ser superior a 4 en un período de 12 meses.

respuestas a preguntas comunes cuando le resulte conveniente.

¿Qué beneficios con valor agregado incluye mi plan?

Su plan incluye nuestro programa Lifetime of Smiles®, que brinda beneficios que muchas personas prefieren, tales como hasta cuatro limpiezas periodontales en un año^{6,7}, empastes del color del diente en las piezas posteriores y biopsias por cepillado para la detección temprana del cáncer bucal.

Su plan también incluye Preventive Rewards para que pueda obtener hasta \$1,250 adicionales en su máximo anual para el año siguiente. La cantidad agregada se basa en los reclamos pagados por servicios preventivos durante el año anterior.

¿Qué es el plan de descuento de atención de la vista?

Este plan ofrecido por Vision Services Plan® (VSP) proporciona descuentos en exámenes así como en la compra de gafas, gafas para sol y otros lentes por receta a médicos de VSP. Estos descuentos están disponibles para usted y todas las personas cubiertas en su plan dental. Para localizar un médico de VSP cercano, visite www.vsp.com o llame a VSP al 800-877-7195. Este plan no es un seguro.

CONSIDERE LA PREVIA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Esto nos permite revisar su plan de tratamiento del proveedor para informarle antes de iniciar el tratamiento qué parte del procedimiento probablemente esté cubierta por el plan y cuánto debe pagar usted. La recomendamos para cualquier tratamiento dental que no exceda los \$500.

Lea la sección Información importante para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Disposiciones de planes dentales

Ajustes de beneficios

Los beneficios se coordinarán con cualquier otra cobertura dental. Conforme a la disposición de tratamiento alternativo, los beneficios serán pagaderos por los servicios o suministros más económicos que cumplan con las normas de cuidado odontológico ampliamente aceptadas.

Solicitante fuera de plazo

Si usted o un dependiente solicita un seguro dental más de 31 días después de que usted o dicha persona sea elegible por primera vez, usted o su dependiente es un solicitante fuera de plazo. Los beneficios para los primeros 24 meses de cobertura para solicitantes fuera de plazo se limitarán de la siguiente manera:

TIEMPO ASEGURADO CONTINUAMENTE BAJO LA PÓLIZA	BENEFICIOS PROPORCIONADOS SÓLO PARA ESTOS SERVICIOS
Menos de 6 meses	Servicios Preventivos
Como mínimo 6 meses pero menos de 12 meses	Servicios Preventivos y empastes bajo los Servicios Básicos
Como mínimo 12 meses pero menos de 24 mese	Servicios Preventivos y Básicos
Al menos 24 meses	Servicios Preventivos, Básicos y Mayores

No pagaremos ningún tratamiento que esté sujeto a la limitación de solicitudes fuera de plazo y que comience o se complete durante el período de limitación para solicitantes fuera de plazo.

Tarifas

Cobertura y costo **semi mensual** del seguro dental.

Las tarifas entran en vigor a partir del 1.º de octubre de 2024.

La cobertura dental es contributiva. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Cobertura	Costo por período de pago*
Empleado	\$18.35
Empleado + cónyuge	\$35.89
Empleado + hijo(s)	\$41.78
Empleado + familia	\$63.06

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Dental Prepagado

CUBIERTOS COMÚNMENTE

- ✓ Exámenes y limpiezas
- ✓ Radiografías
- ✓ Empastes
- ✓ Extracciones dentales
- ✓ Tratamientos de conducto radicular

► PROTEGE SU SONRISA.

Un plan dental alienta a realizarse limpiezas y chequeos de rutina en el dentista, y esto significa dientes saludables de por vida. Una sonrisa saludable da seguridad a cualquiera.

► PREVIENE OTROS PROBLEMAS DE SALUD.

La atención preventiva anual por sí sola puede ayudar a prevenir otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes.¹ Muchos planes ofrecen montos de copago para servicios preventivos que le permiten aprovechar sus beneficios dentales.

► MENORES GASTOS DE BOLSILLO.

Sin montos máximos, sin deducibles, sin períodos de espera y con montos de copago fijos, sus gastos de bolsillo se mantienen bajos. Los beneficios incluso son pagaderos para afecciones dentales preexistentes dentro del programa de copago.

Su empleador le ofrece dos opciones de planes dentales. Revise la información de este plan así como del plan de seguro dental y elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE ODONTOLOGÍA

La enfermedad periodontal puede ocasionar la retracción de encías, daño óseo, pérdida de dientes, y puede aumentar el riesgo de otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes.¹

El tratamiento de la enfermedad periodontal en personas con diabetes tipo 2 puede reducir el nivel de azúcar en sangre con el tiempo.²

Lo que está cubierto

Cronograma de copago de muestra - Esta es sólo una muestra de los servicios disponibles. Para ver una lista completa de los servicios y copagos, pida examinar su Evidencia de Cobertura (EOC).

TIPO DE PROCEDIMIENTO	COPAGO DE SU DENTISTA GENERAL	SU COPAGO ESPECIALISTA
Visita al consultorio	\$10	N/A
Evaluación bucal periódica	Sin cargo	N/A
Radiografías de aleta de mordida - 4 placas	Sin cargo	N/A
Limpieza de rutina - Adultos	\$5	N/A
Limpieza de rutina - Niños	\$5	N/A
Compuesto a base de resina (empastes del color del diente)		
1 superficie - Posterior	\$75	N/A
2 superficies - Posteriores	\$80	N/A
3 superficies - Posteriores	\$95	N/A
Coronas y puentes dentales		
Corona - De porcelana fundida a alto contenido de metales nobles*	\$265	N/A
Corona - Recubrimiento total con alto contenido de metales nobles*	\$265	N/A
Corona (pilar para puente) - Porcelana fundida a alto contenido de metales nobles*	\$305	N/A
Puente dental - Porcelana fundida a alto contenido de metales nobles*	\$305	N/A
Tratamientos de conducto radicular		
Anterior	\$125	N/A
Bicúspide	\$220	\$280
Molar	\$275	\$395

*Estos servicios también pueden requerir un pago separado para el costo de cualquier aleación semipreciosa utilizada en su fabricación. Los cargos adicionales de aleaciones preciosas o semipreciosas se deben pagar al dentista del plan además de cualquier copago aplicable del servicio.

Preguntas frecuentes

¿Cómo funciona un plan Prepagado?

Este plan ofrece a los miembros acceso a una gama de servicios dentales prestados por proveedores en la red, a copagos fijos. Un copago es una tarifa establecida que usted paga al dentista del plan en el momento del tratamiento por servicios cubiertos que se están realizando. Para recibir servicios a estas tarifas fijas, usted debe atenderse con un proveedor de la red.

¿Cómo encuentro un dentista?

Simplemente visite www.sunlife.com/findadentist. Siga las indicaciones para encontrar un dentista en su área que participa en la red de Heritage. Además, puede llamar al 800-443-2995 para obtener ayuda para encontrar un dentista.

¿Tengo que elegir un dentista de la red?

Sí. Para recibir los montos de copagos fijos debe visitar a un dentista de la red y debe seleccionarlo con anticipación. Cada miembro de la familia puede elegir un dentista del plan diferente.

¿Mis dependientes son elegibles para la cobertura?

Sí. Su plan ofrece cobertura para su cónyuge³ e hijos dependientes. Un hijo elegible se define como un hijo hasta la edad de 26.⁴

¿Qué características incluye mi plan?

- No hay montos máximos anuales en dólares por dentistas del plan y especialistas del plan
- Sin deducibles
- Sin períodos de espera
- Los beneficios son pagaderos para afecciones dentales preexistentes dentro del programa de copago
- Una amplia red de proveedores que se actualiza regularmente
- Copagos y descuentos para atención de especialistas

¿Cómo sabe el dentista del plan que soy un paciente?

El dentista del plan recibe un listado de pacientes, llamado lista, de Sun Life cada mes que incluye a todos los miembros que lo han elegido. Confirme al momento de hacer una cita con el dentista del plan que usted están en su lista.

¿Tengo que presentar una reclamación?

No. Usted no necesita presentar una reclamación por servicios del dentista o especialista del plan.

Si tengo una emergencia dental, ¿debo ver a mi dentista del plan?

Primero, comuníquese con su dentista del plan para hacer

1. American Academy of Periodontology http://www.perio.org/consumer/love_the_gums_you%27re_with (accedido el 11/4/18)
2. <https://www.cdc.gov/diabetes/ndep/pdfs/150-Healthy-teeth-matter.pdf> (accedido el 11/4/18)
3. Si el plan de beneficios para el empleado del empleador lo permite y no está prohibido por las leyes estatales, el término "cónyuge" en este beneficio incluye a cualquier persona que sea reconocida como cónyuge, pareja de hecho registrada, pareja en una unión civil o a quien se le otorguen los mismos derechos que a un cónyuge.
4. Consulte con su empleador para obtener información más específica.

Lea la sección **Información importante** para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

una cita. Si el dentista del plan no puede atenderlo puede buscar tratamiento de cualquier dentista con licencia en United States. Le informamos que el beneficio de emergencia de su plan se limita al alivio temporal del dolor y tiene beneficios limitados.

¿Qué es el plan de descuento de atención de la vista?

Este plan ofrecido por Vision Services Plan® (VSP) proporciona descuentos en exámenes así como en la compra de gafas, gafas para sol y otros lentes por receta a médicos de VSP. Estos descuentos están disponibles para usted y todas las personas cubiertas en su plan dental. Para localizar a un médico de VSP cercano, visite www.vsp.com o llame a VSP al 800-877-7195. Este plan no es un seguro.

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura, cómo cambiar mi dentista designado o cómo encontrar mi tarjeta de identificación de seguro dental?

Después de la fecha de vigencia de su cobertura, puede ver la información de beneficios en línea a su conveniencia a través de su cuenta Sun Life. Para crear una cuenta, visite www.sunlife.com/account y regístrese. También puede acceder a esta información desde nuestra aplicación móvil—*Benefit Tools*, disponible para dispositivos Apple y Android. O puede llamar a Servicio al Cliente de Sun Life's al 800-443-2995. También puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, para acceder a nuestro sistema automatizado y obtener respuestas a preguntas comunes cuando le resulte conveniente.

ENCONTRAR UN ESPECIALISTA DEL PLAN

Encontrará una lista de especialistas del plan en el directorio de la red del plan, visitando www.sunlife.com/findadentist o llamando al 800-443-2995 para obtener ayuda. No se necesitan referidos de su dentista del plan para buscar tratamiento de un especialista del plan.

Tarifas

Cobertura y costo **semi mensual** del seguro dental prepagado.

Las tarifas entran en vigor el 1.º de octubre de 2024.

La cobertura dental prepagada es contributiva. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Cobertura	Costo por período de pago*
Empleado	\$6.92
Empleado + cónyuge	\$11.27
Empleado + hijo(s)	\$15.28
Empleado + familia	\$17.93

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Seguro de Vida Voluntario

➤ MÁS PROTECCIÓN PARA SUS SERES QUERIDOS.

Sus seres queridos y a los que usted le brinda soporte podrían enfrentarse a retos financieros sin usted. El seguro de vida proporciona a sus seres queridos dinero que pueden usar para gastos del hogar, matrícula, pagos de hipoteca y más.

➤ LE AYUDA A CERRAR CUALQUIER BRECHA DE COBERTURA.

Es posible que tenga seguro de vida hoy, ya sea usted mismo o a través de su empleador. Hoy es un buen momento para preguntarse si necesita más cobertura.

BENEFICIOS (Puede comprar esta cobertura a una tarifa grupal).

Para usted*

Puede elegir de **\$10,000 a \$500,000**—en incrementos de \$10,000 **que no excedan 5 veces** su ingreso anual básico. No se hacen preguntas médicas **hasta el monto de emisión garantizada de \$200,000**.

Los beneficios se reducen a los 70 años y pueden reducirse nuevamente en los años siguientes, como se indica en su Certificado.

Para su cónyuge*

Si elige la cobertura para usted, puede elegir entre **\$10,000 a \$250,000**—en incrementos de \$10,000. No se hacen preguntas médicas **hasta el monto de emisión garantizada de \$50,000**.

El monto que seleccione para su cónyuge no puede exceder el 100% del monto de su cobertura. Los beneficios pueden reducirse como se indica en su Certificado.

Para su(s) hijo(s)*

Si elige la cobertura para usted, puede elegir **\$10,000**. No se hacen preguntas médicas.

El monto que seleccione para su(s) hijo(s) no puede exceder el 100% del monto de su cobertura. Los beneficios pueden reducirse como se indica en su Certificado. Los hijos deben depender principalmente del empleado para obtener el 50% o más de su financiamiento.

Se paga un beneficio completo para un hijo dependiente desde el nacimiento hasta la edad de 21 años o hasta 25 años si es un estudiante de tiempo completo.

***Esta cobertura incluye seguro de muerte accidental y pérdida de miembros.**

¿Cuál es mi beneficio de AD&D?

Pagaremos a sus beneficiarios un monto del seguro de muerte accidental que coincida con el monto de su seguro de vida voluntario, si muere por un accidente cubierto. Hay beneficios adicionales disponibles para lesiones accidentales (es decir, pérdida de miembros) como la pérdida de extremidades, dedos o vista. Consulte su Certificado para obtener una lista completa de las lesiones accidentales cubiertas. Este plan incluye cobertura AD&D para sus dependientes.

¿Debo responder alguna pregunta de salud para inscribirme?

Sí, si solicita un monto superior al monto de la emisión garantizada. Es posible que deba completar preguntas de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegir en una fecha posterior, o si desea aumentar la cobertura. Para responder preguntas de salud, complete nuestra Evidence of Insurability solicitud. Las preguntas de salud deben ser aprobadas por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Qué sucede si mi cónyuge y yo trabajamos para el mismo empleador?

Conforme a la póliza, si está casado con otro empleado, debe consultar con su administrador de beneficios para confirmar si es elegible para inscribir a su cónyuge como dependiente y para confirmar cualquier consideración adicional para inscribir a hijos dependientes (si la cobertura para hijos dependientes está disponible).

¿Puedo mantener mi seguro si dejo a mi empleador?

Según las variaciones estatales y el plan de su empleador, es posible que tenga la opción de continuar la cobertura cuando finalice su empleo. Su empleador puede asesorarlo sobre sus opciones.

¿Puedo acceder a mi seguro de vida si tengo una enfermedad terminal?

Usted podría solicitar recibir una parte de su seguro de vida para ayudar a cubrir sus gastos médicos y de vida. Esto se llama un "Beneficio Acelerado" y hay algunos asuntos importantes que debe conocer al respecto, por ejemplo, que este no es un seguro de cuidados a largo plazo, puede estar sujeto a impuestos y puede afectar su elegibilidad para programas de asistencia pública. También reducirá el monto total del pago del seguro de vida que pagamos a su(s) beneficiario(s).

¿Qué sucede si me vuelvo totalmente discapacitado?

Si nosotros determinamos que usted está Totalmente Incapacitado y no puede trabajar, su cobertura de seguro de vida puede continuar sin costo alguno. Debe cumplir ciertos requisitos, como se detalla en su Certificado.

¿Cómo puede mi beneficiario presentar un reclamo por muerte?

Su(s) beneficiario(s) y su empleador completarán los formularios de reclamo apropiados y nos lo enviarán a nosotros. Le notificaremos a sus beneficiarios cuando se efectúe una decisión y si tenemos preguntas. Si se aprueba, los beneficiarios pueden optar por recibir un pago único u optar por que se pague el beneficio en una cuenta donde los fondos acumulan intereses y se pueden retirar en cualquier momento. (Se aplican restricciones estatales y las opciones pueden variar según el estado). Si se aprueba su reclamo de AD&D por una lesión accidental, el monto del beneficio se le pagará directamente a usted.

Lea la sección *Información importante* para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Tarifas

Empleado: cobertura y costo **semi mensual** del seguro de vida voluntario y por AD&D del empleado.

Las tarifas entran en vigor el 1.º de octubre de 2024.

En la siguiente tabla se muestran los posibles montos de cobertura y sus respectivos costos semi mensuales.

Busque su rango de edad (a partir de la fecha de vigencia de la cobertura) para determinar el costo asociado para el monto de cobertura que elija.

Montos de cobertura	Edad y costo														
	Menos de 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Más de 85 años
\$10,000	0.43	0.43	0.43	0.49	0.56	0.77	1.20	1.97	2.99	4.57	8.12	14.45	14.17	14.17	14.17
\$20,000	0.86	0.86	0.86	0.98	1.12	1.54	2.40	3.94	5.98	9.14	16.24	28.90	28.34	28.34	28.34
\$30,000	1.29	1.29	1.29	1.47	1.68	2.31	3.60	5.91	8.97	13.71	24.36	43.35	42.51	42.51	42.51
\$40,000	1.72	1.72	1.72	1.96	2.24	3.08	4.80	7.88	11.96	18.28	32.48	57.80	56.68	56.68	56.68
\$50,000	2.15	2.15	2.15	2.45	2.80	3.85	6.00	9.85	14.95	22.85	40.60	72.25	70.85	70.85	70.85
\$60,000	2.58	2.58	2.58	2.94	3.36	4.62	7.20	11.82	17.94	27.42	48.72	86.70	85.02	85.02	85.02
\$70,000	3.01	3.01	3.01	3.43	3.92	5.39	8.40	13.79	20.93	31.99	56.84	101.15	99.19	99.19	99.19
\$80,000	3.44	3.44	3.44	3.92	4.48	6.16	9.60	15.76	23.92	36.56	64.96	115.60	113.36	113.36	113.36
\$90,000	3.87	3.87	3.87	4.41	5.04	6.93	10.80	17.73	26.91	41.13	73.08	130.05	127.53	127.53	127.53
\$100,000	4.30	4.30	4.30	4.90	5.60	7.70	12.00	19.70	29.90	45.70	81.20	144.50	141.70	141.70	141.70
\$110,000	4.73	4.73	4.73	5.39	6.16	8.47	13.20	21.67	32.89	50.27	89.32	158.95	155.87	155.87	155.87
\$120,000	5.16	5.16	5.16	5.88	6.72	9.24	14.40	23.64	35.88	54.84	97.44	173.40	170.04	170.04	170.04
\$130,000	5.59	5.59	5.59	6.37	7.28	10.01	15.60	25.61	38.87	59.41	105.56	187.85	184.21	184.21	184.21
\$140,000	6.02	6.02	6.02	6.86	7.84	10.78	16.80	27.58	41.86	63.98	113.68	202.30	198.38	198.38	198.38
\$150,000	6.45	6.45	6.45	7.35	8.40	11.55	18.00	29.55	44.85	68.55	121.80	216.75	212.55	212.55	212.55
\$160,000	6.88	6.88	6.88	7.84	8.96	12.32	19.20	31.52	47.84	73.12	129.92	231.20	226.72	226.72	226.72
\$170,000	7.31	7.31	7.31	8.33	9.52	13.09	20.40	33.49	50.83	77.69	138.04	245.65	240.89	240.89	240.89
\$180,000	7.74	7.74	7.74	8.82	10.08	13.86	21.60	35.46	53.82	82.26	146.16	260.10	255.06	255.06	255.06
\$190,000	8.17	8.17	8.17	9.31	10.64	14.63	22.80	37.43	56.81	86.83	154.28	274.55	269.23	269.23	269.23
\$200,000	8.60	8.60	8.60	9.80	11.20	15.40	24.00	39.40	59.80	91.40	162.40	289.00	283.40	283.40	283.40
\$210,000	9.03	9.03	9.03	10.29	11.76	16.17	25.20	41.37	62.79	95.97	170.52	303.45	297.57	297.57	297.57
\$220,000	9.46	9.46	9.46	10.78	12.32	16.94	26.40	43.34	65.78	100.54	178.64	317.90	311.74	311.74	311.74
\$230,000	9.89	9.89	9.89	11.27	12.88	17.71	27.60	45.31	68.77	105.11	186.76	332.35	325.91	325.91	325.91
\$240,000	10.32	10.32	10.32	11.76	13.44	18.48	28.80	47.28	71.76	109.68	194.88	346.80	340.08	340.08	340.08
\$250,000	10.75	10.75	10.75	12.25	14.00	19.25	30.00	49.25	74.75	114.25	203.00	361.25	354.25	354.25	354.25
\$260,000	11.18	11.18	11.18	12.74	14.56	20.02	31.20	51.22	77.74	118.82	211.12	375.70	368.42	368.42	368.42
\$270,000	11.61	11.61	11.61	13.23	15.12	20.79	32.40	53.19	80.73	123.39	219.24	390.15	382.59	382.59	382.59
\$280,000	12.04	12.04	12.04	13.72	15.68	21.56	33.60	55.16	83.72	127.96	227.36	404.60	396.76	396.76	396.76
\$290,000	12.47	12.47	12.47	14.21	16.24	22.33	34.80	57.13	86.71	132.53	235.48	419.05	410.93	410.93	410.93
\$300,000	12.90	12.90	12.90	14.70	16.80	23.10	36.00	59.10	89.70	137.10	243.60	433.50	425.10	425.10	425.10
\$310,000	13.33	13.33	13.33	15.19	17.36	23.87	37.20	61.07	92.69	141.67	251.72	447.95	439.27	439.27	439.27
\$320,000	13.76	13.76	13.76	15.68	17.92	24.64	38.40	63.04	95.68	146.24	259.84	462.40	453.44	453.44	453.44
\$330,000	14.19	14.19	14.19	16.17	18.48	25.41	39.60	65.01	98.67	150.81	267.96	476.85	467.61	467.61	467.61
\$340,000	14.62	14.62	14.62	16.66	19.04	26.18	40.80	66.98	101.66	155.38	276.08	491.30	481.78	481.78	481.78
\$350,000	15.05	15.05	15.05	17.15	19.60	26.95	42.00	68.95	104.65	159.95	284.20	505.75	495.95	495.95	495.95
\$360,000	15.48	15.48	15.48	17.64	20.16	27.72	43.20	70.92	107.64	164.52	292.32	520.20	510.12	510.12	510.12
\$370,000	15.91	15.91	15.91	18.13	20.72	28.49	44.40	72.89	110.63	169.09	300.44	534.65	524.29	524.29	524.29
\$380,000	16.34	16.34	16.34	18.62	21.28	29.26	45.60	74.86	113.62	173.66	308.56	549.10	538.46	538.46	538.46
\$390,000	16.77	16.77	16.77	19.11	21.84	30.03	46.80	76.83	116.61	178.23	316.68	563.55	552.63	552.63	552.63
\$400,000	17.20	17.20	17.20	19.60	22.40	30.80	48.00	78.80	119.60	182.80	324.80	578.00	566.80	566.80	566.80
\$410,000	17.63	17.63	17.63	20.09	22.96	31.57	49.20	80.77	122.59	187.37	332.92	592.45	580.97	580.97	580.97
\$420,000	18.06	18.06	18.06	20.58	23.52	32.34	50.40	82.74	125.58	191.94	341.04	606.90	595.14	595.14	595.14
\$430,000	18.49	18.49	18.49	21.07	24.08	33.11	51.60	84.71	128.57	196.51	349.16	621.35	609.31	609.31	609.31
\$440,000	18.92	18.92	18.92	21.56	24.64	33.88	52.80	86.68	131.56	201.08	357.28	635.80	623.48	623.48	623.48

Tarifas

Montos de cobertura	Edad y costo														
	Menos de 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Más de 85 años
\$450,000	19.35	19.35	19.35	22.05	25.20	34.65	54.00	88.65	134.55	205.65	365.40	650.25	637.65	637.65	637.65
\$460,000	19.78	19.78	19.78	22.54	25.76	35.42	55.20	90.62	137.54	210.22	373.52	664.70	651.82	651.82	651.82
\$470,000	20.21	20.21	20.21	23.03	26.32	36.19	56.40	92.59	140.53	214.79	381.64	679.15	665.99	665.99	665.99
\$480,000	20.64	20.64	20.64	23.52	26.88	36.96	57.60	94.56	143.52	219.36	389.76	693.60	680.16	680.16	680.16
\$490,000	21.07	21.07	21.07	24.01	27.44	37.73	58.80	96.53	146.51	223.93	397.88	708.05	694.33	694.33	694.33
\$500,000	21.50	21.50	21.50	24.50	28.00	38.50	60.00	98.50	149.50	228.50	406.00	722.50	708.50	708.50	708.50

Tarifas

Cónyuge: cobertura y costo **semi mensual** del seguro de vida voluntario y por AD&D del cónyuge.

Las tarifas entran en vigor el 1.º de octubre de 2024.

En la siguiente tabla se muestran los posibles montos de cobertura y sus respectivos costos semi mensuales.

Busque su rango de edad (a partir de la fecha de vigencia de la cobertura) para ver el costo correspondiente al monto de cobertura que elija.

La tarifa para el cónyuge se basa en la edad del empleado.

Montos de cobertura	Edad y costo														
	Menos de 20 años	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	Más de 85 años
\$10,000	0.43	0.43	0.43	0.49	0.56	0.77	1.20	1.97	2.99	4.57	8.12	14.45	14.17	14.17	14.17
\$20,000	0.86	0.86	0.86	0.98	1.12	1.54	2.40	3.94	5.98	9.14	16.24	28.90	28.34	28.34	28.34
\$30,000	1.29	1.29	1.29	1.47	1.68	2.31	3.60	5.91	8.97	13.71	24.36	43.35	42.51	42.51	42.51
\$40,000	1.72	1.72	1.72	1.96	2.24	3.08	4.80	7.88	11.96	18.28	32.48	57.80	56.68	56.68	56.68
\$50,000	2.15	2.15	2.15	2.45	2.80	3.85	6.00	9.85	14.95	22.85	40.60	72.25	70.85	70.85	70.85
\$60,000	2.58	2.58	2.58	2.94	3.36	4.62	7.20	11.82	17.94	27.42	48.72	86.70	85.02	85.02	85.02
\$70,000	3.01	3.01	3.01	3.43	3.92	5.39	8.40	13.79	20.93	31.99	56.84	101.15	99.19	99.19	99.19
\$80,000	3.44	3.44	3.44	3.92	4.48	6.16	9.60	15.76	23.92	36.56	64.96	115.60	113.36	113.36	113.36
\$90,000	3.87	3.87	3.87	4.41	5.04	6.93	10.80	17.73	26.91	41.13	73.08	130.05	127.53	127.53	127.53
\$100,000	4.30	4.30	4.30	4.90	5.60	7.70	12.00	19.70	29.90	45.70	81.20	144.50	141.70	141.70	141.70
\$110,000	4.73	4.73	4.73	5.39	6.16	8.47	13.20	21.67	32.89	50.27	89.32	158.95	155.87	155.87	155.87
\$120,000	5.16	5.16	5.16	5.88	6.72	9.24	14.40	23.64	35.88	54.84	97.44	173.40	170.04	170.04	170.04
\$130,000	5.59	5.59	5.59	6.37	7.28	10.01	15.60	25.61	38.87	59.41	105.56	187.85	184.21	184.21	184.21
\$140,000	6.02	6.02	6.02	6.86	7.84	10.78	16.80	27.58	41.86	63.98	113.68	202.30	198.38	198.38	198.38
\$150,000	6.45	6.45	6.45	7.35	8.40	11.55	18.00	29.55	44.85	68.55	121.80	216.75	212.55	212.55	212.55
\$160,000	6.88	6.88	6.88	7.84	8.96	12.32	19.20	31.52	47.84	73.12	129.92	231.20	226.72	226.72	226.72
\$170,000	7.31	7.31	7.31	8.33	9.52	13.09	20.40	33.49	50.83	77.69	138.04	245.65	240.89	240.89	240.89
\$180,000	7.74	7.74	7.74	8.82	10.08	13.86	21.60	35.46	53.82	82.26	146.16	260.10	255.06	255.06	255.06
\$190,000	8.17	8.17	8.17	9.31	10.64	14.63	22.80	37.43	56.81	86.83	154.28	274.55	269.23	269.23	269.23
\$200,000	8.60	8.60	8.60	9.80	11.20	15.40	24.00	39.40	59.80	91.40	162.40	289.00	283.40	283.40	283.40
\$210,000	9.03	9.03	9.03	10.29	11.76	16.17	25.20	41.37	62.79	95.97	170.52	303.45	297.57	297.57	297.57
\$220,000	9.46	9.46	9.46	10.78	12.32	16.94	26.40	43.34	65.78	100.54	178.64	317.90	311.74	311.74	311.74
\$230,000	9.89	9.89	9.89	11.27	12.88	17.71	27.60	45.31	68.77	105.11	186.76	332.35	325.91	325.91	325.91
\$240,000	10.32	10.32	10.32	11.76	13.44	18.48	28.80	47.28	71.76	109.68	194.88	346.80	340.08	340.08	340.08
\$250,000	10.75	10.75	10.75	12.25	14.00	19.25	30.00	49.25	74.75	114.25	203.00	361.25	354.25	354.25	354.25

Hijos: cobertura y costo semi mensual del seguro de vida voluntario y por AD&D del hijo.

Las tarifas entran en vigor el 1.º de octubre de 2024.

En la siguiente tabla se muestran los posibles montos de cobertura y sus respectivos costos semi mensuales.

Montos de cobertura	Costo por período de pago
\$10,000	\$1.11

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

CAUSAS COMUNES DE DISCAPACIDAD

- ✓ Embarazo
- ✓ Lesiones
- ✓ Trastornos de las Articulaciones
- ✓ Trastornos de la Espalda
- ✓ Trastornos Digestivos

▶ PROTEJA SU INGRESO CUANDO NO PUEDA TRABAJAR.

Si no puede trabajar debido a una discapacidad cubierta, el seguro de discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de sus ingresos además de proporcionar otros servicios y beneficios que lo ayudan a regresar a trabajar.

▶ SE LE PROPORCIONA UN CHEQUE SEMANAL.

Posteriormente a la aprobación de su reclamo, recibirá un cheque por sus beneficios que lo ayudará a pagar gastos diarios, como su hipoteca o alquiler, guardería y alimentos.

BENEFICIOS (Puede comprar esta cobertura a una tarifa grupal.)

Beneficio semanal después de que se aprueba su reclamo	Recibirá un cheque por sus beneficios semanalmente. Reemplazará el 60% de sus ganancias semanales totales, hasta \$1,300 cada semana.
Cuando comienzan los beneficios	Los beneficios comienzan a los 15 días a partir de la fecha en que no puede trabajar debido a una lesión y 15 días debido a una enfermedad.
Los beneficios pueden ser pagados	Hasta 26 semanas , siempre que no pueda trabajar debido a una discapacidad cubierta.
Información adicional del plan	Este plan proporciona un beneficio para discapacidades cubiertas que resultan de enfermedades o lesiones que no están relacionadas con el trabajo.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

1 de cada 4 trabajadores perderá hasta 3 meses de trabajo debido a una discapacidad durante su carrera.¹

Más de las tres cuartas partes de los trabajadores viven de sueldo a sueldo.²

Preguntas frecuentes

¿Debo responder alguna pregunta de salud para inscribirme?

Si contribuye al costo de su seguro, es posible que deba completar preguntas de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegir en una fecha posterior, o si desea aumentar la cobertura. Para responder preguntas de salud, complete nuestra solicitud de Evidencia de asegurabilidad. Las preguntas de salud deben ser aprobadas por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Cómo presento un reclamo por Discapacidad a Corto Plazo?

Si usted queda discapacitado después de la fecha de vigencia de la cobertura, verifique con su empleador para asegurarse de que es elegible para los beneficios. Puede presentar un reclamo con nosotros descargando los formularios de nuestro sitio web. Pediremos a su médico que nos proporcione información sobre su condición médica y su recuperación aproximada.

¿Cómo califico para los beneficios?

Comenzará a recibir pagos por discapacidad si cumple con el Período de Eliminación (consulte "Cuándo comienzan los beneficios" en la tabla) y cuando cumpla con la definición de discapacidad. Generalmente, una discapacidad se define como su incapacidad para realizar algunas o todas sus tareas laborales debido a su lesión, enfermedad o embarazo y puede requerir que usted también haya tenido un cierto porcentaje de pérdida de ingresos debido a su discapacidad. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Qué pasa si tengo una condición preexistente?

Si queda discapacitado dentro de los 12 meses de entrada en vigencia de su seguro o 12 meses después de cualquier aumento en su monto de seguro, no pagaremos ningún beneficio por ninguna afección preexistente. Una afección preexistente incluye cualquier cosa para la que haya solicitado tratamiento en los 3 meses anteriores a la entrada en vigencia de su seguro. El tratamiento puede incluir consultas,

asesoramiento, atención, servicios o una receta para medicamentos o fármacos.

¿Puedo trabajar mientras estoy discapacitado?

Su plan está diseñado para motivar y respaldar su regreso al trabajo. Si puede trabajar a tiempo parcial, por ejemplo, puede recibir parte de su beneficio mientras trabaja.

¿Mi ingreso de otras fuentes afectará mi beneficio?

Su beneficio puede verse reducido por los beneficios del Seguro Social; beneficios por discapacidad de la jubilación, planes gubernamentales o ingresos estatales por discapacidad, como SDI de California; licencias por motivos familiares y médicos pagadas por el estado; otros planes grupales por discapacidad; beneficios sin culpa, continuidad salarial o licencia por enfermedad; y ganancias de regreso al trabajo. Para obtener más información o para determinar si esta cobertura es adecuada para usted, comuníquese con su administrador de beneficios.

¿Cómo se grava mi beneficio?

Si usted o su empleado paga por todo o parte del costo de la cobertura en una base antes de impuestos, todo o parte del monto de su beneficio será ingreso tributable de Formulario W-2. En estas situaciones, las deducciones fiscales de FICA pueden reducir el monto que le pagaremos.

Las pólizas grupales de seguro por discapacidad que se describen en este anuncio solo proporcionan seguro de ingresos por discapacidad.

1. Realitycheckup.org, Council for Disability Awareness, 2018

2. "Vivir de sueldo a sueldo es una forma de vida para la mayoría de los trabajadores estadounidenses", CareerBuilder.com, agosto de 2017.

Lea la sección **Información importante** para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Tarifa

Empleado: tarifa mensual del seguro de incapacidad a corto plazo.

Las tarifas entran en vigor el 1.º de octubre de 2024.

La cobertura del Seguro de incapacidad a corto plazo es contributiva. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Encuentre su rango de edad (a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura) para ver su tarifa.

Siga el ejemplo a continuación para saber su costo mensual y por período de pago.

Su edad	Tarifa*
Menos de 25 años	0.363
25-29	0.363
30-34	0.363
35-39	0.363
40-44	0.390
45-49	0.417
50-54	0.476
55-59	0.602
60-64	0.723
65-69	0.826
Más de 70 años	0.912

Ejemplo de beneficio semanal (60% de los ingresos)	Dividido entre 10	Multiplificado por la tarifa	Ejemplo del costo mensual	
\$350	/ 10 = 35	x \$0.363	=	\$12.705
Su beneficio semanal (60% de los ingresos)	Dividido entre 10	Multiplificado por la tarifa	Su costo mensual	
\$ _____	/ 10 = _____	x \$ _____	=	\$ _____
Su costo mensual	Multiplificado por 12 meses	Costo anual	Dividido entre la cantidad de períodos de pago por año (ej.: 12, 24, 26, 52, etc.)	Su costo estimado por período de pago
\$ _____	x 12	= \$ _____	/ _____	= \$ _____

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo

CAUSAS COMUNES DE DISCAPACIDAD

- ✓ Afecciones musculoesqueléticas
- ✓ Afecciones circulatorias
- ✓ Cáncer
- ✓ Trastornos del sistema nervioso
- ✓ Lesiones

▶ LE AYUDA A MANTENER SU VIDA EN LA DIRECCIÓN CORRECTA.

Si no puede trabajar debido a una discapacidad cubierta, el seguro de discapacidad a largo plazo reemplaza una parte de sus ingresos. Después de que se apruebe su reclamo, recibirá un cheque mensual por sus beneficios que lo ayudará a pagar los gastos diarios, como su hipoteca o alquiler, cuidado de niños y alimentos.

▶ LE AYUDA A VOLVER AL TRABAJO.

Si puede, Sun Life tiene beneficios y servicios, que incluyen orientación de consejeros de rehabilitación vocacional, para ayudarlo a regresar al trabajo.

BENEFICIOS (Puede comprar esta cobertura a una tarifa grupal.)

Beneficio mensual después de que se aprueba su reclamo	Recibirá un cheque por sus beneficios mensualmente. Reemplazará el 60% de sus ganancias mensuales totales, hasta \$7,500 cada mes.
Cuando comienzan los beneficios	Los beneficios comienzan a los 180 días a partir de la fecha de su discapacidad.
Los beneficios pueden ser pagados	Hasta su edad de jubilación normal del Seguro Social o más, dependiendo de su edad al momento de la discapacidad.
Información adicional del plan	Este plan proporciona un beneficio para discapacidades cubiertas que surgen de enfermedades o lesiones que ocurren dentro o fuera del trabajo.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

34.6 meses
La duración del reclamo promedio por discapacidad a largo plazo.¹

Puede recibir beneficios adicionales si su discapacidad cubierta comienza con una estadía en el hospital de **14 días o más.**

Preguntas frecuentes

¿Debo responder alguna pregunta de salud para inscribirme?

Si contribuye al costo de su seguro, es posible que deba completar preguntas de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegir en una fecha posterior, o si desea aumentar la cobertura. Para responder preguntas de salud, complete nuestra solicitud de Evidencia de asegurabilidad. Las preguntas de salud deben ser aprobadas por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Cómo presento un reclamo por discapacidad a largo plazo?

Si usted queda discapacitado después de la fecha de vigencia de la cobertura, verifique con su empleador para asegurarse de que es elegible para los beneficios. Puede presentar un reclamo con nosotros descargando los formularios de nuestro sitio web. Pediremos a su médico que nos proporcione información sobre su condición médica y su recuperación aproximada.

¿Cómo califico para los beneficios?

Comenzará a recibir pagos por discapacidad si cumple con el Período de Eliminación (consulte "Cuándo comienzan los beneficios" en la tabla) y cuando cumpla con la definición de discapacidad. Generalmente, una discapacidad se define como su incapacidad para realizar algunas o todas sus tareas laborales debido a su lesión, enfermedad o embarazo y puede requerir que usted también haya tenido un cierto porcentaje de pérdida de ingresos debido a su discapacidad. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Qué pasa si tengo una condición preexistente?

Si queda discapacitado dentro de los 12 meses de entrada en vigencia de su seguro o 12 meses después de cualquier aumento en su monto de seguro, no pagaremos ningún beneficio por ninguna afección

preexistente. Una afección preexistente incluye cualquier cosa para la que haya solicitado tratamiento en los 3 meses anteriores a la entrada en vigencia de su seguro. El tratamiento puede incluir consultas, asesoramiento, atención, servicios o una receta para medicamentos o fármacos.

¿Puedo trabajar mientras estoy discapacitado?

Su plan está diseñado para motivar y respaldar su regreso al trabajo. Si puede trabajar a tiempo parcial, por ejemplo, puede recibir parte de su beneficio mientras trabaja.

¿Mi ingreso de otras fuentes afectará mi beneficio?

Su beneficio puede verse reducido por los beneficios del Seguro Social; beneficios por discapacidad de jubilación, planes gubernamentales o ingresos estatales por discapacidad; otros planes grupales por discapacidad; beneficios sin culpa, continuidad salarial o licencia por enfermedad; y ganancias de regreso al trabajo. Para obtener más información o para determinar si esta cobertura es adecuada para usted, comuníquese con su administrador de beneficios.

¿Cómo se grava mi beneficio?

Si usted o su empleado paga por todo o parte del costo de la cobertura en una base antes de impuestos, todo o parte del monto de su beneficio será ingreso tributable de Formulario W-2. En estas situaciones, las deducciones fiscales de FICA pueden reducir el monto que le pagaremos.

Las pólizas grupales de seguro por discapacidad que se describen en este anuncio solo proporcionan seguro de ingresos por discapacidad.

1. "Posibilidades de discapacidad", Consejo para la Conciencia de Discapacidad, disabledcanhappen.org, última consulta en abril de 2019.

Lea la sección Información importante para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Tarifas

Empleado: cobertura y tarifa mensual del seguro de incapacidad a largo plazo.

Las tarifas adquieren vigencia a partir del 1.º de octubre de 2024.

El seguro de incapacidad a largo plazo es contributivo. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Encuentre su rango de edad (a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura) para ver su tarifa.

Siga el ejemplo a continuación para saber su costo mensual y por período de pago.

Su edad	Tarifa*
Menos de 25 años	0.156
25-29	0.156
30-34	0.216
35-39	0.299
40-44	0.415
45-49	0.743
50-54	0.978
55-59	1.356
60-64	1.204
65-69	0.743
Más de 70 años	0.491

Ejemplo de ingresos mensuales	Dividido entre 100	Multiplicado por la tarifa	Ejemplo del costo mensual	
\$2500	/ 100 = 25	x \$0.156	=	\$3.900
Sus ingresos mensuales	Dividido entre 100	Multiplicado por la tarifa	Su costo mensual	
\$ _____	/ 100 = _____	x \$ _____	=	\$ _____
Su costo mensual	Multiplicado por 12 meses	Costo anual	Dividido entre la cantidad de períodos de pago por año (ej.: 12, 24, 26, 52, etc.)	Su costo estimado por período de pago
\$ _____	x 12	= \$ _____	/ _____	= \$ _____

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Información importante

Las siguientes coberturas no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado “cobertura médica principal”). NO brindan seguro básico de hospital, médico básico o médico principal.

Para el plan dental prepago, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador. Su fecha de entrada en vigencia estará determinada por su Acuerdo de servicio dental grupal y la Evidencia de cobertura. Consulte estos documentos del plan para más detalles.

Para recibir el seguro, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador. La póliza determinará la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y puede demorarse si no está trabajando de manera activa en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia. Del mismo modo, la cobertura para dependientes, si se ofrece, puede retrasarse si sus dependientes están en el hospital (excepto los recién nacidos) en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Consulte el Certificado para más detalles.

Limitaciones y exclusiones

Consulte el Certificado/Evidencia de cobertura o solicite detalles a su administrador de beneficios.

Dental

No pagaremos un beneficio por ningún procedimiento dental que no esté incluido como gasto dental cubierto. Cualquier servicio dental incurrido antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de finalización no está cubierto, a menos que se especifique en el certificado. Un miembro debe ser un miembro dental cubierto bajo el Plan para recibir beneficios dentales. El Plan tiene limitaciones de frecuencia en ciertos servicios preventivos y de diagnóstico, restauraciones (empastes), servicios periodontales, servicios de endodoncia y reemplazo de dentaduras postizas, puentes y coronas. Todos los servicios deben ser necesarios y brindados de acuerdo con los estándares aceptables de tratamiento dental. El tratamiento realizado fuera de los Estados Unidos no está cubierto, excepto el tratamiento dental de emergencia, sujeto a un beneficio máximo. Procedimientos dentales para ortodoncia; ATM (articulación temporomandibular); reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigencia; implantes y servicios relacionados con implantes; o los protectores oclusales para el bruxismo no están cubiertos a menos que el estado elija o exija la cobertura.

Este plan no brinda cobertura para servicios pediátricos de salud bucal que cumplan los requisitos de “cobertura esencial mínima” según lo define The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

Dental prepago

No pagaremos un beneficio por ningún procedimiento o servicio dental que no se mencione específicamente en la Lista de copagos (incluido el costo de cualquier hospital o centro de atención ambulatoria asociado con cualquier procedimiento dental). No cubre ningún servicio dental incluido en la Lista de copagos iniciado antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro o después de la terminación del miembro. Los servicios prestados por proveedores que no pertenecen al plan no están cubiertos a menos que se trate de servicios de emergencia específicamente mencionados en el artículo de SERVICIOS DE EMERGENCIA de la Evidencia de cobertura. Las prótesis fijas o removibles están sujetas a una limitación de reemplazo de 5 años. Las extracciones, solo con fines de ortodoncia, tienen un descuento del 25% del cargo minorista normal del proveedor del plan. Los implantes y los procedimientos relacionados con los implantes no están cubiertos. No cubre tratamiento de ortodoncia que involucra terapia para problemas miofuncionales, disfunciones de la ATM (articulación temporomandibular), micrognacia, macroglosia, paladar hendido u otras anomalías de crecimiento y desarrollo. Se aplican limitaciones y exclusiones con respecto a las afecciones bucales del Miembro, independientemente de si dichas afecciones existían o no antes de la fecha de efectividad de la inscripción del Miembro.

Este plan no brinda cobertura para servicios pediátricos de salud bucal que cumplan los requisitos de “cobertura esencial mínima” según lo define The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

Vida

En algunos estados, la póliza grupal de su empleador puede excluir el pago por suicidio que ocurra dentro de un período de tiempo específico después de que el seguro o el aumento del seguro entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

Muerte accidental y pérdida de miembros

No pagaremos un beneficio que se deba a o resulte de: suicidio estando cuerdo o demente; lesiones autoinfligidas

intencionalmente; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; guerra o un acto de guerra; participación activa en un motín, rebelión o insurrección; uso voluntario de cualquier sustancia controlada/drogas ilegales; operación de un vehículo motorizado en estado de ebriedad; enfermedad física o mental o enfermedad o infección a menos que sea debido a una lesión accidental; conducir o montar cualquier vehículo motorizado en una carrera, espectáculo de acrobacias o prueba de velocidad.

Discapacidad a corto plazo

No pagaremos beneficios causados, contribuidos de alguna manera o como resultado de: lesiones autoinfligidas intencionalmente; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; guerra o un acto de guerra; participación activa en un motín, rebelión o insurrección. No pagaremos un beneficio por ningún accidente o enfermedad cubiertos por la Compensación de Trabajadores o una ley similar; o por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo a menos que se indique lo contrario anteriormente; o si no presenta un comprobante de su pérdida según lo requerido por nosotros (esto cubre un examen médico, atención continua, certificado de defunción, registros médicos, etc.).

Discapacidad a largo plazo

No pagaremos beneficios causados, contribuidos de alguna manera o como resultado de: lesiones autoinfligidas intencionalmente; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; guerra o un acto de guerra; participación activa en un motín, rebelión o insurrección; operación de un vehículo motorizado en estado de ebriedad. No pagaremos un beneficio si no presenta un comprobante de su pérdida según lo requerido por nosotros (esto cubre un examen médico, atención continua, certificado de defunción, registros médicos, etc.); o por cualquier Período de discapacidad durante el cual esté encarcelado. Los beneficios por discapacidad pueden estar limitados para ciertas afecciones.

La Descripción general dental prepaga es preliminar a la emisión de los documentos de su plan. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura. En caso de discrepancia entre este Resumen y la Evidencia de cobertura, regirán los términos de la Evidencia de cobertura. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

Esta Descripción es preliminar a la emisión de la Póliza. Consulte su Certificado para conocer más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura de la Póliza. En caso de discrepancia entre esta Descripción, el Certificado y la Póliza, regirán los términos de la Póliza. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

Las compañías de Sun Life incluyen Sun Life and Health Insurance Company (U.S.) y Sun Life Assurance Company of Canada (colectivamente, "Sun Life").

Las pólizas de seguro de grupo son suscritas por Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA) en todos los estados, excepto en New York, conforme a Policy Form Series 93P-LH, 98P-ADD, 12-GP-01, 15-GP-01, 15-LF-C-01, 15-ADD-C-01, 16-DEN-C-01, 16-VIS-C-01, 12-DI-C-01, 16-DI-C-01, 12-AC-C-01, 16-AC-C-01, 13-SD-C-01, 16-SD-C-01, 16-CAN-C-01, 20-HI-C-01, 12-GPPort-P-01, 20-HIPORT-C-01, TDBPOLICY-2006 y TDI-POLICY. Los productos dentales prepagados son proporcionados y administrados por Sun Life Assurance Company of Canada (SLOC) conforme a Form Series BDC-GDSA, PDC, y son provistos por compañías dentales prepagas, afiliadas a SLOC, conforme a Form Series BDC-GDSA, UDC-CA-GA06-UDC, UDC-CA-GA06-89, FB-NJ-0281, UDC-09-GDSA-TX, PDC en ciertos estados, excepto en New York. Las compañías dentales prepagas son Denticare of Alabama, Inc., United Dental Care of Arizona, Inc., UDC Dental California, Inc., United Dental Care of Colorado, Inc., Union Security DentalCare of Georgia, Inc., United Dental Care of Missouri, Inc., Union Security DentalCare of New Jersey, Inc., United Dental Care of New Mexico, Inc., UDC of Ohio, Inc., United Dental Care of Texas, Inc., y United Dental Care of Utah, Inc.

© 2021 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

GVBH-EE-8384

SLPC 29579

2365441 VLIF STD LTD DEN PPD CL1 AZ 07/18/2024 15:44:26

Comprobación de elegibilidad

Preguntas frecuentes

¿Qué es la Comprobación de elegibilidad?

Su póliza de seguro grupal puede exigir una Comprobación de elegibilidad (EOI) para usted y sus dependientes. La comprobación de elegibilidad es una declaración o prueba del historial médico de un empleado o de un dependiente. La usamos para determinar si le proveeremos o no el beneficio que está solicitando.

¿Qué es la solicitud de EOI?

La solicitud de Comprobación de elegibilidad es una solicitud en la que usted y/o sus dependientes responden “Sí” o “No” a las preguntas relacionadas con determinadas afecciones médicas. Si su respuesta es “Sí” a alguna pregunta, se le pedirá que brinde detalles específicos de la afección, como las fechas pertinentes, los tratamientos y los nombres de los médicos. En algunos casos, también se podrá requerir un examen paramédico.

¿Cuándo debo presentar una solicitud de EOI?

Es posible que deba enviar una solicitud de EOI si:

- solicita un monto de cobertura superior al monto garantizado de la póliza;
- no aceptó la cobertura para usted o sus dependientes dentro del período de elegibilidad inicial y ahora solicita cobertura; o
- se inscribe o inscribe a sus dependientes y posteriormente elige aumentar la cobertura.

Consulte la página de detalles de sus beneficios para obtener información completa sobre su plan.

¿Cuál es el proceso para enviar una solicitud de EOI?

Para ser considerado para una cobertura, debe completar una solicitud de EOI, ya sea en Internet o en papel.

Envíe su información médica en línea

Es una forma rápida, sencilla e inteligente de enviar la EOI. Y es completamente segura y confidencial.

1. Tenga lista la siguiente información:
 - Su número de póliza grupal, ubicación y el monto de la cobertura para usted y cualquier dependiente que necesite una EOI; y
 - Altura, peso y antecedentes médicos suyos y de sus dependientes.
2. Ingrese a www.sunlife.com/account
 - En la sección *Mis Beneficios*, seleccione una cobertura
 - En el lado derecho, haga clic en *Enviar Comprobación de elegibilidad (EOI)*, siga las instrucciones, revise sus respuestas y firme electrónicamente su solicitud antes de enviarla. Recibirá un acuse de recibo oficial de que Sun Life recibió su solicitud de EOI. Si se aprueba su solicitud, es posible que reciba un correo electrónico ese mismo día.

Envíe su información médica en papel

Si necesita una solicitud en papel, puede acceder a una versión imprimible en www.sunlife.com/account.

- Haga clic en *¿Dónde puedo encontrar un formulario?*
- De la lista de formularios, seleccione la solicitud de EOI

Después de que Sun Life recibe y procesa su solicitud de EOI, recibirá una notificación de la decisión final o de que la solicitud está pendiente. Si su solicitud está pendiente, es posible que se comuniquen con usted para programar un examen médico (a cargo de Sun Life). La cobertura sujeta a la EOI no adquirirá vigencia hasta que Sun Life apruebe su solicitud por escrito.

¿Cuánto tiempo lleva el proceso de aprobación?

Tan pronto como hayamos recibido la solicitud completa de EOI en línea, y que su empleador haya certificado el monto de la cobertura, con frecuencia podemos darle la aprobación en minutos y notificarle a usted o a su empleador a través de nuestro sistema en línea o por correo electrónico. Para las solicitudes en papel y que requieren una revisión por parte de un miembro de nuestro equipo de afiliación médica, el proceso toma, por lo general, entre cinco y siete días hábiles. Este lapso depende de que usted devuelva una solicitud de EOI completa y de nuestra capacidad para obtener la información de salud necesaria.

¿De qué modo me notificarán si me aprueban?

Si envía su solicitud de EOI en línea y ésta se aprueba de inmediato, recibirá un correo electrónico. Si envía su solicitud de EOI por fax o por correspondencia, se le enviará una carta a su casa donde se le notificará la aprobación.

¿De qué modo me notificarán si me rechazan?

Si se rechaza su solicitud de cobertura, se le enviará una carta a su casa. Esta carta describe el motivo del rechazo y le da instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

¿Cuándo adquiere vigencia mi cobertura?

La cobertura adquiere vigencia en la fecha posterior a que Sun Life apruebe su solicitud por escrito o en la fecha en que su cobertura adquiere vigencia de acuerdo con la póliza de seguro grupal de su empleador, siempre que usted o su(s) dependiente(s) sean elegibles de conformidad con la póliza grupal.

Acerca de la privacidad y la seguridad

De acuerdo con las estrictas prácticas de privacidad de Sun Life, sus respuestas a la parte del historial de salud de la solicitud de EOI son completamente confidenciales. Sun Life nunca las muestra a su empleador. Además, no compartimos su dirección de correo electrónico u otra información personal con terceros, excepto según lo permite o exige la ley. El sitio web incluye seguridad de última generación; toda la información ingresada se codifica y transmite usando tecnología Secure Sockets Layer (SSL).

Estas instrucciones sobre cómo presentar un formulario de Comprobación de elegibilidad se aplican únicamente a las pólizas de seguro de vida y por incapacidad.

Las pólizas de seguro grupal se emiten por parte de Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA) en todos los estados, excepto en Nueva York, conforme a las series de formularios de pólizas 93P-LH, 98P-ADD, 07-SL, 01C-LH-PT, GP-A, GC-A, 12-GP-01, 12-DI-C-01, 13-SD-C-01, 12-SD-C-01, 12-SD-R-01, 13-SD-R-01, 12-AC-C-01, 12-AC-R-01 y 12-AC-R-02. Es posible que los productos ofrecidos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales.

© 2020 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo terráqueo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

Formulario de inscripción grupal

Sun Life Assurance Company of Canada
One Sun Life Executive Park
Wellesley Hills, MA 02481

Sun Life Assurance Company of Canada

Para uso del empleador (marque una opción): Nuevo empleado Cambio COBRA

1 Información general

Nombre del empleador Earnhardt Management Company	Número de cuenta/póliza 932864	Lugar
--	-----------------------------------	-------

2 Información del empleado

Nombre legal completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido paterno) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad	Código postal
Ocupación	Clase de elegibilidad (si corresponde)	Número de seguro social	Teléfono
Fecha de contratación: <input type="checkbox"/> Tiempo completo Fecha: <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Recontratación tras despido temporal Fecha: <input type="checkbox"/> Recontratación	
Tipo de empleo activo actual _____ número de horas <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Ingresos \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro:	

3 Información del dependiente

Complete esta sección en su totalidad si elige cobertura para dependientes. Ningún empleado puede asegurarse como dependiente si también se encuentra asegurado como empleado para recibir algún beneficio de acuerdo con la misma póliza.

Si necesita más espacio, agregue más hojas.

Relación o parentesco	Nombre completo (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Sexo	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	Estudiante Sí/No
Cónyuge/ Pareja					
Hijos					

4 Elección de beneficios

Debe completar todas las secciones del formulario de inscripción, incluyendo la elección o el rechazo de la cobertura de seguro indicado más adelante de una de las compañías aseguradoras y proveedores de servicios antes mencionados, y firmarlo. Esto debe hacerlo durante el período de inscripción o en un plazo de 31 días desde su fecha de elegibilidad. Los beneficios pagados en su totalidad por su empleador (denominados también “beneficios no contributivos”) no pueden rechazarse. Es posible que no todos los beneficios de la siguiente lista estén disponibles para usted. Su empleador le dirá qué beneficios están disponibles y cuál es el monto máximo garantizado de su póliza.

Elijo Rechazo Cobertura

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida y contra muerte accidental y desmembramiento (AD&D) voluntario para el empleado \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida y contra muerte accidental y desmembramiento (AD&D) voluntario para el cónyuge/la pareja \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de vida y contra muerte accidental y desmembramiento (AD&D) voluntario para el/los hijo(s) \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de incapacidad a corto plazo (STD) \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) \$ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan dental: <input type="checkbox"/> Plan prepagado/DHMO <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado + Familia N.º de Id. del establecimiento, si elige un plan dental prepagado/DHMO: _____ En los últimos 31 días, ¿tuvo usted cobertura dental de otro plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha de terminación: _____ ¿Cuál fue el motivo del cese de la cobertura? _____

5 Información sobre la designación de beneficiarios

Designación de beneficiarios principales

Enumere en las siguientes líneas a la(s) persona(s) que deberán recibir los beneficios en caso de su fallecimiento. Puede especificar tantos individuos como desee, pero el total de beneficios debe ser igual al 100 %. Este es su beneficiario principal. Adjunte hojas adicionales si es necesario. Si no nombra a ningún beneficiario o si ninguno de los beneficiarios está vivo al momento de su fallecimiento, los beneficios se pagarán de acuerdo con la póliza de Seguro grupal. La designación se aplica a todas las coberturas para las que se requiere designación de beneficiarios.

Beneficiario(s) primario(s)

Porcentaje de los beneficios*

1 Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Relación o parentesco con el empleado	Número de seguro social	%
Dirección	Teléfono	Fecha de nacimiento	
2 Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Relación o parentesco con el empleado	Número de seguro social	%
Dirección	Teléfono	Fecha de nacimiento	

* Debe ser igual al 100 %

Designación de beneficiarios secundarios

Enumere en las siguientes líneas a la(s) persona(s) que deberá(n) recibir los beneficios ÚNICAMENTE SI TODAS las personas de la lista anterior hayan muerto cuando usted fallezca. Este es su beneficiario secundario (o contingente). El beneficiario secundario no recibe ningún pago si el beneficiario principal aún vive cuando usted fallezca. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Beneficiario(s) secundarios(s)

Porcentaje de los beneficios*

1 Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Relación o parentesco con el empleado	Número de seguro social	%
Dirección	Teléfono	Fecha de nacimiento	
2 Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Relación o parentesco con el empleado	Número de seguro social	%
Dirección	Teléfono	Fecha de nacimiento	

* Debe ser igual al 100 %

6 Firma e información de autorización

Entiendo que:

- Estoy solicitando la cobertura conforme a una póliza de seguro grupal que ofrece mi empleador. Esta cobertura terminará cuando termine mi empleo, de conformidad con la portabilidad o continuación de disposiciones disponibles en la póliza de seguro grupal.
- Mi empleador deducirá de mi salario las primas de la cobertura contributiva de manera total o parcial.
- Si estoy solicitando cobertura más de 31 días después de mi fecha de elegibilidad, es posible que se requiera una Comprobación de elegibilidad.
- En el caso de los seguros de vida, incapacidad a largo plazo, incapacidad a corto plazo, se requerirá una comprobación de elegibilidad para montos por encima de mi monto garantizado de la póliza a fin de realizar esta inscripción.
- Para aumentar el monto de los beneficios actuales de los seguros de vida, incapacidad a largo plazo, incapacidad a corto plazo, es posible que se necesite una comprobación de elegibilidad.
- Si rechazo la cobertura para mí o, si corresponde, para mi familia ahora y quiero tenerla más adelante, tendré o tendremos que presentar una solicitud de Comprobación de elegibilidad, si así se exigen en las coberturas seleccionadas, y deberá ser aprobada por Sun Life Assurance Company of Canada. Para obtener cobertura dental, y entiendo que no tendré derecho a beneficios hasta el vencimiento de cualquier período de espera para usar los beneficios por ingreso tardío especificado en el certificado del seguro.
- Para los planes de seguro dental, tengo el derecho a elegir mi proveedor de atención dental.
- Si elijo un producto prepagado/DHMO, debo seleccionar un proveedor que esté en el directorio de mi plan.
- El plan dental incluye una disposición de determinación previa con recomendaciones de los beneficios para los que soy elegible si se lleva a cabo el procedimiento.
- Las coberturas incluyen períodos de espera para usar los beneficios, limitaciones y exclusiones y una disposición por afecciones preexistentes que pueden afectar mi derecho a recibir beneficios.
- Si no estoy en un trabajo de forma activa debido a alguna lesión, enfermedad, despido o permiso en la fecha en que está programado el inicio o incremento de la cobertura conforme al plan, dicha cobertura no comenzará sino hasta la fecha en que regrese a trabajar.
- Cuando así lo requiera la cobertura, si mi cónyuge o alguno de mis hijos dependientes están hospitalizados debido a una lesión o enfermedad en la fecha en que está programado el inicio o incremento de la cobertura conforme al plan, dicha cobertura no comenzará sino hasta la fecha en que ya no estén hospitalizados y puedan realizar sus actividades normales.

Al firmar a continuación, certifico que la información que proporcioné es veraz y correcta a mi leal entender.

X

Firma del empleado

Fecha de hoy

Para el empleado: haga una copia de este formulario para sus archivos antes de enviarlo a su empleador.

Para el empleador: este formulario de inscripción original debe permanecer en el sitio del empleador. La situación de la familia, la cobertura o los cambios de beneficiarios se deben registrar en otra copia del Formulario de inscripción.

Información del agente, corredor o matriculador:

Nombre del agente
Nombre del agente/corredor
Nombre del matriculador

Contáctenos



Por correo postal

Sun Life
One Sun Life Executive Park
Wellesley Hills, MA 02481



www.sunlife.com/us



Servicio al cliente: **800-247-6875**

(lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este)

**HABLE HOY CON SU ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES.**

Sun Life

One Sun Life Executive Park Wellesley Hills, MA 02481 sunlife.com/us/

El grupo de compañías Sun Life opera bajo el nombre de "Sun Life" estrictamente como un nombre comercial, y no tiene significación legal expresa ni implícita. En Estados Unidos y en otros lugares, los miembros del grupo Sun Life, que son compañías aseguradoras, ofrecen productos de seguros. Sun Life Financial Inc[®], la sociedad controladora que cotiza en bolsa para el grupo de compañías Sun Life, no es una compañía aseguradora y no garantiza las obligaciones de estas compañías aseguradoras subsidiarias. Cada compañía aseguradora depende de su propia solidez financiera y de su propia capacidad de pago de los reclamos.

© 2019 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo terráqueo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.