

De Life Insurance Company of North America

Pagado por el empleado

SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Resumen de beneficios

Preparado por: JELD-WEN Holding, Inc.

Elegibilidad:

Todos los empleados activos a tiempo completo del empleador, que trabajan regularmente un mínimo de 30 horas por semana dentro o fuera de los Estados Unidos y que son ciudadanos o residentes permanentes de los Estados Unidos o que estén trabajando y viviendo legalmente en los Estados Unidos según una visa activa y adecuada o con una autorización de trabajo activa y su cónyuge e hijos dependientes.

Empleado: Si te contrataron después del 3 de noviembre de 2021 pero antes del 1 de enero de 2022 Opción 1: El primer día del mes siguiente a los 60 días de tener el servicio activo Opción 2: El primer día del mes siguiente a los 30 días de tener el servicio activo. Si te contrataron en o después del 1 de enero de 2022: El primer día del mes siguiente a los 30 días de tener el servicio activo.

Cónyuge*: Es elegible siempre y cuando tú mismo envíes una solicitud y te aprueben para recibir cobertura.

Hijos: Desde el nacimiento hasta los 26 años, siempre y cuando tú mismo envíes una solicitud y te aprueben para recibir cobertura.

*Pareja doméstica está definido en la póliza de grupo. Para los efectos de este folleto, donde sea que aparezca el término "Cónyuge", también incluirá Pareja doméstica registrado en cualquier estado que reconozca legalmente las sociedades domésticas o las uniones civiles. Puedes obtener más información con tu representante de servicios de beneficios.

Cobertura disponible:

	Cantidad del beneficio	Máximo
Empleado	Unidades de \$10,000	\$800,000
Cónyuge	Unidades de \$10,000	\$400,000
Hijos	Unidades de \$5,000	\$10,000

Información de beneficios:

Si en el plazo de 365 días después de un accidente cubierto, las lesiones corporales tienen como consecuencia: Pagaremos este % de la cantidad del beneficio:

Muerte; parálisis total de las cuatro extremidades; pérdida de dos o más manos o pies; pérdida de la vista en ambos ojos, o pérdida del habla y la audición (ambos oídos)	100 %
Parálisis total de ambas extremidades inferiores o superiores	75 %
Parálisis total de extremidad superior e inferior en un solo lado del cuerpo; pérdida de una mano, un pie, la vista en un ojo, habla o audición en ambos oídos o separación y reimplantación de una mano o un pie	50 %
Parálisis total de una extremidad superior o de una inferior; pérdida de cuatro dedos de la misma mano o pérdida del dedo pulgar y el dedo índice de la misma mano	25 %
Pérdida de todos los dedos del mismo pie	20 %

Por coma: recibirás el 1 % de la cantidad total del beneficio cada mes, hasta un máximo de 11 meses, si tú o un familiar asegurado estuviera en coma por 30 días o más como consecuencia de un accidente cubierto. Si la persona cubierta sigue en coma después de 11 meses o fallece, se pagará la cantidad total del beneficio.

Más características:

Por usar cinturón de seguridad y protección por bolsa de aire: recibirás un beneficio más del 10 %, pero no más de \$20,000, si la persona cubierta fallece en un accidente automovilístico cubierto y las fuerzas de orden público certifican que estaba usando el cinturón de seguridad o un sistema de sujeción aprobado para niños. Aumentaremos el beneficio el 5 % más, pero no más de \$5,000, si la persona asegurada estaba también en un asiento protegido por un sistema de sujeción suplementario (bolsa de aire) que funcionó y se desplegó correctamente.

Por exposición y desaparición: los beneficios se pagan si tú o un familiar asegurado sufre una pérdida cubierta debido a la exposición inevitable a los elementos como consecuencia de un accidente cubierto. Si no aparece tu cuerpo o el de un familiar asegurado en el plazo de un año después de la desaparición, naufragio o hundimiento del medio de transporte en el que viajaban tú o un familiar asegurado, en un viaje cubierto, se supondrá que perdiste la vida como resultado del accidente cubierto.

Para continuar con la educación: si mueres en un accidente cubierto, pagaremos un beneficio más por cada hijo asegurado que se matricule en una escuela de enseñanza superior en el plazo de un año desde tu fallecimiento. Aumentaremos tu beneficio en un 5 % o \$5,000, lo que sea menor, por cada hijo que cumpla los requisitos, cada año durante cuatro años consecutivos mientras tu hijo continúe con su educación.

Si no tienes cónyuge o hijo que califiquen pagaremos \$1,000 más a tu beneficiario.

Para la capacitación del cónyuge: si usted fallece a causa de un accidente cubierto, su cónyuge recibirá un reembolso por educación si se registra, dentro de los 3 años siguientes a su fallecimiento, en una escuela acreditada para adquirir las competencias necesarias para el empleo. Pagaremos el costo real del programa de educación o capacitación hasta el 1 % de la cantidad del beneficio, sin exceder los \$3,000.

Más características: continúa

Conversión: si termina la cobertura de seguro de grupo de accidentes (excepto debido a la falta de pago de la prima), termina tu empleo, finaliza la membresía en una clase elegible o la cobertura de seguro se reduce según la edad alcanzada, puedes convertir tu póliza en una póliza individual sin plazo. Para convertir la póliza, debes enviar una solicitud de conversión y hacer el primer pago de la prima en el plazo de 31 días después de que termine tu cobertura de grupo. Los dependientes también pueden convertir su cobertura, si corresponde. Las primas pueden cambiar en este momento y los términos de la cobertura estarán sujetos a cambios. También puedes convertirla en una póliza individual hasta de \$10,000 si has estado asegurado al menos por 5 años y la póliza se anula o se modifica, siempre que la cobertura no se reemplace y no estés cubierto por una póliza de conversión diferente emitida por Life Insurance Company of North America. Consulta tu certificado para obtener más información.

Costo de cobertura quincenal del empleado:

Costo del empleado por \$1,000 = \$0.009

Costo del cónyuge por \$1,000 = \$0.009

Costo de niño por \$1,000 = \$0.018

Las primas reales por período de pago pueden variar ligeramente debido al redondeo.

Las tarifas pueden estar sujetas a cambios en el futuro.

Cómo calcular tu costo quincenal de cobertura:

Paso 1: Encuentra la tarifa quincenal de arriba.

Paso 2: Multiplica esta tarifa por la cantidad de cobertura que quieres, en unidades. Consulta la información de arriba para encontrar las cantidades de unidades apropiadas para el empleado o los dependientes.

Paso 3: El resultado es el costo quincenal.

Definiciones importantes y disposiciones de la póliza:

Cuándo comienza tu cobertura: tu cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que te vuelves elegible, la fecha en que recibimos tu formulario de inscripción completo, si corresponde, o la fecha en que autorizas cualesquiera deducciones de nómina necesaria, si corresponde. Tu cobertura no comenzará, a menos que estés activamente trabajando en la fecha de entrada en vigor. Si corresponde, la cobertura de dependientes no comenzará para ningún dependiente que, en la fecha de entrada en vigor, esté confinado en el hospital o en casa, esté recibiendo tratamiento de quimioterapia o radioterapia o esté discapacitado y bajo la atención de un médico.

Cuándo termina tu cobertura: la cobertura termina en la fecha que sea antes entre la fecha en que tú o tus dependientes, si corresponde, ya no sean elegibles, la fecha en que la póliza de grupo ya no esté vigente o la fecha del último período por el que se pagan las primas necesarias. (Según ciertas circunstancias, puede continuar tu cobertura si dejas de trabajar. Asegúrate de leer las disposiciones de la Continuación del seguro en tu Certificado).

Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios

Exclusiones: lesiones causadas por uno mismo o suicidio ya sea en su sano juicio o no • cometer o intentar cometer un delito grave o una agresión • cualquier acto de guerra, declarado o no declarado • cualquier participación activa en un motín, insurrección o acto terrorista • salto con bungee • paracaidismo • paracaidismo acrobático • paravelismo • vuelo libre con ala delta • enfermedad, dolencia, trastorno físico o trastorno mental, infección bacteriana o viral o tratamiento médico o quirúrgico relacionado, excepto cualquier infección bacteriana que sea consecuencia de una cortada o herida externa accidental o consumo accidental de comida contaminada • tomar voluntariamente cualquier medicamento, narcótico, veneno, gas o vapor, excepto uno recetado por un médico autorizado y tomado según la receta • operar cualquier tipo de vehículo bajo la influencia del alcohol o cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluyendo cualquier medicamento recetado por el que la persona cubierta haya recibido una advertencia por escrito de no operar un vehículo mientras lo toma • un accidente cubierto que ocurra mientras la persona cubierta participa en actividades de servicio activo en las fuerzas armadas, la marina o la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional (esto no incluye el entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional, a menos que se prolongue por más de 31 días) • viajar en un avión que sea propio, arrendado o controlado por la organización patrocinadora o cualquiera de sus sucursales o filiales relacionadas • viajes aéreos, excepto como pasajero en una línea aérea comercial con itinerarios regulares o en una aeronave que use el Comando de Movilidad Aérea o su equivalente extranjero • volar, embarcarse o desembarcar de un avión o cualquier aeronave diseñada para volar arriba de la superficie de la Tierra pilotada por la persona cubierta o en la que la persona cubierta sea miembro de la tripulación.

Limitaciones: por varias pérdidas cubiertas, los beneficios se pagan por el mayor beneficio individual disponible. Por muerte, la cantidad del beneficio que se muestra se reducirá por la cantidad de cualquier beneficio por desmembramiento que se haya pagado antes o por pagar.

ESTA PÓLIZA DA COBERTURA LIMITADA SOLO POR ACCIDENTE. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE SE INCURRAN. NO CUBRE PÉRDIDAS OCASIONADAS POR ENFERMEDAD. ESTE NO ES UN SUSTITUTO DEL SEGURO MÉDICO COMPLETO NI DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Los términos y condiciones de la cobertura del seguro por Muerte y desmembramiento accidental se establecen en la póliza de grupo n.º OK 980492. Esto no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro que se ofrece. Este no es un contrato. La información completa de la cobertura, incluyendo las primas, las lesiones elegibles, sus respectivos pagos y las exclusiones y limitaciones de la póliza está en el Certificado de la póliza. Si hay alguna diferencia entre este resumen y la póliza de grupo, la información de la póliza de grupo tiene precedencia. La disponibilidad de los productos o las características pueden variar por estado. Guarda este material como referencia. La cobertura de seguro se emite en el número de formulario de la póliza de grupo: Formulario de la póliza TL-004700. La cobertura está suscrita por Life Insurance Company of North America, 51 Madison Avenue New York, NY 10010.

Los productos del seguro de grupo están asegurados por Life Insurance Company of North America y New York Life Group Insurance Company of NY, filiales de New York Life Insurance Company. © 2022 New York Life Group Insurance Company, New York, NY. Todos los derechos reservados. NEW YORK LIFE y el logotipo de New York Life son marcas comerciales de New York Life Insurance Company.

Creado el 08/2022.