

Ofrecido por Life Insurance Company of North America

## Seguro de vida a término pagado por el empleador

### Resumen de beneficios

Preparado para: Capistrano Unified School District  
Clase 1

#### Elegibilidad:

Todos los empleados activos de tiempo completo del empleador, clasificados como empleados certificados, empleados clasificados o miembros del sindicato, que trabajan con regularidad 20 horas o más por semana o el equivalente a 0.5 de tiempo completo en Estados Unidos, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos.

**Empleado:** Serás elegible para la cobertura el primer día del mes siguiente a los 30 días de servicio activo.

#### Cobertura disponible:

	Cantidad del beneficio	Máximo	Cantidad de emisión garantizada
Empleado	\$30,000	\$30,000	\$30,000

#### Más características:

**Beneficio por fallecimiento extendido con exención de prima:** el seguro de vida para ti y tus dependientes puede continuar por hasta 12 meses mientras estés discapacitado o recibas beneficios según el plan de discapacidad de tu empleador. Si quedas totalmente discapacitado antes de cumplir 60 años, el seguro de vida para ti y tus dependientes puede continuar, sin pago de prima, hasta los 70 años, sujeto a que se compruebe la discapacidad (discapacidad para trabajar en cualquier ocupación).

**Beneficio por fallecimiento acelerado: Enfermedad terminal:** Si dos médicos no afiliados le diagnostican una enfermedad terminal mientras la cobertura está activa, con una expectativa de vida de menos de 12 meses, el beneficio por enfermedad terminal da hasta:

**Empleado:** 75 % de tu cobertura de seguro de vida a término o \$22,500, lo que sea menor.

**Portabilidad:** si termina tu relación laboral, puedes continuar con tu seguro de vida por medio de facturación directa. Las primas aumentarán en ese momento. La cobertura puede continuar hasta los 70 años, a menos que la compañía de seguros suspenda la portabilidad para todas las personas aseguradas. Consulta tu certificado para obtener más información.

**Conversión:** para convertir la póliza, debes enviar una solicitud de conversión y hacer el primer pago de la prima en el plazo de los 31 días posteriores a la finalización de tu cobertura de grupo.

#### Definiciones importantes y disposiciones de la póliza:

**Cuándo comienza y termina tu cobertura:** la cobertura entra en vigor en la fecha que suceda más tarde entre la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que eres elegible, la fecha en que se reciben tus elecciones de inscripción, si corresponde, o la fecha en que autorizas cualquier deducción de nómina necesarias, si corresponde. Tu cobertura no comenzará a menos que tengas un empleo activo en la fecha de entrada en vigor. Si corresponde, la cobertura de dependientes no comenzará para ningún cónyuge o hijo que, en la fecha de entrada en vigor, sea un paciente ingresado en un centro o esté confinado en su casa y bajo la atención de un médico. La cobertura finalizará en la fecha más reciente en la que seas elegible para una cobertura según un plan que intenta reemplazar esta cobertura; cuando tú o tus dependientes, si corresponde, ya no sean elegibles, la póliza de grupo no esté en vigor o no se pagaron las primas necesarias.

#### Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios:

**Programa de reducción de beneficios:** Si aún estás empleado, tus beneficios se reducirán al 60 % a los 75 años, 35 % a los 80 años, 27.5 % a los 85 años, 20 % a los 90 años y 7.5 % a los 95 años. Tus primas también se reducirán para ajustarse a tus beneficios.

**Limitaciones:** El beneficio por fallecimiento acelerado se paga solo una vez. El uso de este beneficio reduce el beneficio por fallecimiento del seguro de vida. La cantidad que debe pagarse según el beneficio por fallecimiento acelerado se puede reducir por la cantidad de otros beneficios ya pagados al asegurado según la póliza. Consulta tu certificado para obtener más información. Los beneficios se extenderán sin el pago de la prima hasta la fecha en que ya no estés discapacitado, o la fecha en que no califiques para la exención de la prima o no entregues evidencia de discapacidad, lo que ocurra primero.

**ESTA PÓLIZA DA COBERTURA LIMITADA. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE SE INCURRA. ESTE NO ES UN SUSTITUTO DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL O INTEGRAL. ESTA COBERTURA NO CUMPLE EL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DEL CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO PORQUE NO REÚNE LOS REQUISITOS DE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA.**

Los términos y las condiciones de la cobertura del seguro de vida a término se establecen en la póliza de grupo n.º FLX0971055. 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 condiciones elegibles, sus respectivos pagos y las exclusiones y limitaciones de la Póliza están en la póliza. Consulta a tu patrocinador del plan para obtener una copia de la póliza. Si hay alguna diferencia entre este resumen y la póliza de grupo, la información de la póliza de grupo tiene prioridad. La disponibilidad del producto, los costos, los beneficios, los anexos, las condiciones cubiertas o las características pueden variar por estado. Guarda este material como referencia. La cobertura del seguro se emite con el número de formulario de la póliza de grupo: Formulario de la póliza TL-004700. La cobertura está asegurada 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, subsidiarias de New York Life Insurance Company. ©2026 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 en 03/2026