

Ofrecido por Life Insurance Company of North America

Seguro de vida a término pagado por el empleado

Resumen de beneficios

Preparado para: Capistrano Unified School District

Elegibilidad:

Todos los empleados activos de tiempo completo del empleador, clasificados como empleados certificados, miembros del sindicato, administración y empleados de carácter confidencial, 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.

Cónyuge/pareja de hecho*: Hasta los 99 años, siempre y cuando tú envíes una solicitud y seas aprobado para recibir cobertura.

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

*Pareja de hecho se define en la póliza de grupo. Para los efectos de este folleto, cuando aparece el término cónyuge, también incluye a una pareja de hecho registrada en cualquier estado que reconozca legalmente las parejas de hecho o las uniones civiles. Puedes obtener más información con tu representante de servicios de beneficios.

Cobertura disponible:

	Cantidad del beneficio	Máximo	Cantidad de emisión garantizada
Empleado	Unidades de \$10,000	\$500,000	\$200,000
Cónyuge	Unidades de \$10,000	\$500,000 que no exceda el 100 % del beneficio de los empleados	\$50,000
Hijos	Unidades de \$1,000	\$10,000; menores de 6 meses \$1,000	Todas las cantidades

Emisión garantizada significa que puede adquirir cobertura sin preguntas ni exámenes médicos. Consulta "Emisión garantizada" abajo para obtener más información.

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: enfermedades terminales: si dos médicos no afiliados te diagnostican a ti o a tu cónyuge una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 12 meses o menos mientras la cobertura esté activa, el beneficio por enfermedad terminal aporta hasta:

Empleado: 75 % de la cantidad de tu cobertura de seguro de vida a término o \$375,000, lo que sea menor.

Cónyuge: 75 % de la cantidad de tu cobertura de seguro de vida a término.

Portabilidad: si se termina tu empleo, puedes continuar con tu seguro de vida y el seguro de vida para tu cónyuge asegurado e hijos dependientes, mediante facturación directa. Tu cónyuge y tus hijos dependientes también pueden continuar con tu seguro de vida, después de tu muerte, después de un divorcio o cuando el hijo alcance el límite de edad. 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.

El costo de tu cobertura mediante 10 deducciones de nómina:

Edad	Costo de empleado por \$1,000	Edad	Costo de empleado por \$1,000
0-19	\$0.030	60-64	\$0.539
20-24	\$0.030	65-69	\$0.797
25-29	\$0.030	70-74	\$1.487
30-34	\$0.033	75-79	\$1.487
35-39	\$0.050	80-84	\$1.487
40-44	\$0.084	85-89	\$1.487
45-49	\$0.143	90-94	\$1.487
50-54	\$0.251	95-99	\$1.487
55-59	\$0.439		
Edad	Costo de cónyuge por \$1,000	Edad	Costo de cónyuge por \$1,000
0-19	\$0.030	60-64	\$0.539
20-24	\$0.030	65-69	\$0.797
25-29	\$0.030	70-74	\$1.487
30-34	\$0.033	75-79	\$1.487
35-39	\$0.050	80-84	\$1.487
40-44	\$0.084	85-89	\$1.487
45-49	\$0.143	90-94	\$1.487
50-54	\$0.251	95-99	\$1.487
55-59	\$0.439		

Costo por hijo por cada \$1,000 = \$0.186

Las primas reales por período de pago pueden variar levemente debido al redondeo. Todas las tarifas del cónyuge se basan en la edad del empleado. Las tarifas varían según la edad y pueden estar sujetas a cambios en el futuro. Los beneficios se reducirán sobre la base de la edad (consulta el Programa de reducción de beneficios para obtener más información).

Cómo calcular el costo de tus 10 deducciones de nómina:

Paso 1: Consulta arriba los costos adecuados para el empleado o los dependientes.

Paso 2: Toma la cantidad de cobertura que elija y divídela entre 1,000 para obtener la cantidad de unidades.

Paso 3: Multiplica la tarifa por la cantidad de cobertura que quieres, en unidades.

Paso 4: El resultado del costo de tus 10 deducciones de nómina.

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 y los de tu cónyuge 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. Las reducciones del cónyuge están basadas en la edad del empleado.

Exclusiones: El seguro voluntario de vida no se pagará si te suicidas en estado de cordura o demencia, durante los primeros dos años de cobertura.

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.

Emisión garantizada: Si eres empleado nuevo y envías una solicitud en un plazo de 31 días después de tu elegibilidad para elegir tu cobertura, tienes derecho a elegir cualquier cobertura que se dé hasta la cantidad de emisión garantizada, sin dar una prueba de buena salud. Si envías una solicitud por una cantidad de cobertura mayor que la cantidad de emisión garantizada, la cobertura que exceda dicha cantidad no se emitirá hasta que la compañía de seguros autorice una prueba aceptable de buena salud. Si envías una solicitud de cobertura más de 31 días después de la fecha en que eres elegible para elegir la cobertura según este plan, no se aplicará la cantidad de emisión garantizada. La cobertura no se extenderá hasta que la compañía de seguros autorice una evidencia aceptable de buena salud.

Estas solo son definiciones resumidas. Para ser elegible para la cobertura, la enfermedad o el suceso cubierto debes cumplir las definiciones y otros términos y condiciones establecidos en la póliza de grupo.

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.