

Ofrecido por Life Insurance Company of North America

Seguro por muerte y desmembramiento accidentales pagado por el empleado

Resumen de beneficios

Preparado para: Splendora Independent School District
Clase 1

Elegibilidad:

Todos los empleados activos a tiempo completo y a tiempo parcial del empleador que trabajen regularmente un mínimo de 20 horas por semana en Estados Unidos, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de Estados Unidos.

Empleado: Serás elegible inmediatamente para la cobertura.

Cónyuge/pareja de hecho*: Hasta los 70 años, es elegible para estar asegurado en la fecha en que usted sea elegible o en la fecha en que se convierta en su cónyuge, si es posterior.

Hijos: Desde el nacimiento hasta los 26 años, son elegibles para estar asegurados en la fecha en que tú seas elegible o en la fecha en que los hijos se conviertan en hijos dependientes, si es posterior.

*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.

	Cantidad del beneficio	Máximo
Empleado	Unidades de \$10,000, cantidad de beneficio mínimo de \$10,000	7 Veces la remuneración anual o \$500,000, lo que sea menor
Cónyuge	Unidades de \$5,000	\$500,000
Hijos	\$10,000	\$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; cuadriplejia; pérdida de las dos manos o pies; pérdida de la vista en ambos ojos; o pérdida del habla y la audición (ambos oídos)	100 %
Paraplejia	75 %
Hemiplejia; pérdida de una mano o un pie; pérdida de la vista en un ojo; pérdida del habla; pérdida de la audición (ambos oídos); separación y reimplantación de una mano o un pie	50 %
Monoplejia; pérdida de cuatro dedos de la misma mano; pérdida del dedo pulgar y del dedo índice de la misma mano	25 %
Pérdida de todos los dedos del mismo pie	20 %

Más características:

Por usar el cinturón de seguridad y estar protegido por una bolsa de aire: recibirás un beneficio adicional del 10 %, pero no más de \$10,000, si la persona cubierta muere 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 menores. Aumentaremos el beneficio un 10 % más, pero no más de \$10,000, si la persona asegurada también estaba en un asiento protegido por un sistema de sujeción suplementario (bolsa de aire) que funcionó y se desplegó correctamente.

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 o fallece después de 11 meses, se pagará la cantidad total del beneficio.

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 su cuerpo o el de un familiar asegurado no se encuentra en el plazo de un año después de la desaparición, naufragio o hundimiento del medio de transporte en el que viajaban usted o un familiar asegurado, en un viaje cubierto de otro modo, se supondrá que perdieron la vida como resultado de un accidente cubierto.

Por una pérdida que sea consecuencia de un transporte público: Si tú o un familiar asegurado sufre una pérdida cubierta mientras viaja como pasajero en un transporte público, o este lo atropella, pagaremos un 100 % más de la cantidad del beneficio, hasta un máximo de \$500,000.

Para continuar con la educación: si mueres en un accidente cubierto, pagaremos un beneficio más por cada hijo asegurado que se inscriba en una escuela de educación superior en el plazo de un año a partir de tu muerte. Aumentaremos tu beneficio en un 2 % o \$2,000, lo que sea menor, por cada hijo que califique, cada año, por 4 años consecutivos siempre que tu hijo continúe con su educación. Si no tienes un hijo que califique pagaremos \$1,000 más a tu beneficiario.

Para gastos de cuidado infantil: si mueres como resultado de un accidente cubierto, pagaremos un beneficio por un hijo sobreviviente menor de 13 años que esté inscrito en un centro autorizado de cuidado infantil en el momento del accidente o en un plazo de 90 días después. Este beneficio es el 2 % de la cantidad del beneficio al año, pero no se pagará más de \$2,000 al año por 4 años o hasta que tu hijo cumpla 13 años, lo que ocurra primero, por cada hijo cubierto.

Para la capacitación del cónyuge: si mueres a causa de un accidente cubierto, tu cónyuge recibirá un reembolso por educación si se registra, en los 3 años siguientes a tu fallecimiento, en una escuela acreditada para adquirir las competencias necesarias para el empleo. Pagaremos el costo real del programa de educación o de capacitación, hasta el 5 % de la cantidad del beneficio, sin exceder los \$5,000.

Para víctimas de delitos: damos un beneficio más del 10 %, pero no más de \$25,000, si sufres una pérdida cubierta durante un asalto criminal en el trabajo o mientras viajas por trabajo. El asalto criminal incluye robo, asalto o intento de asalto, o el secuestro durante un asalto. No se cubren las agresiones que los compañeros o antiguos empleados, miembros del grupo familiar o de su casa cometan.

En caso de accidentes dobles: si elegiste la cobertura para tus familiares y como resultado de un mismo accidente cubierto o de accidentes cubiertos separados que ocurren en el mismo período de 24 horas, y tú y tu cónyuge asegurado fallecen, aumentaremos la cantidad del beneficio de tu cónyuge hasta el 100 % de la tuya. Usted y su cónyuge deben dejar uno o más hijos dependientes. La cantidad del beneficio no puede exceder: \$500,000.

Conversión: si termina la cobertura de seguro de grupo de accidentes (excepto por falta de pago de la prima), termina tu empleo, finaliza la membresía en una clase elegible o la cobertura de seguro se reduce basada en la edad alcanzada, puedes convertir tu póliza en una póliza individual sin plazo. Para convertir la póliza, debe enviar una solicitud de conversión y hacer el primer pago de la prima en el plazo de 31 días después de la finalización de su cobertura de grupo. Los dependientes también pueden convertir tu cobertura, si corresponde. Las primas pueden cambiar en ese momento y los términos de la cobertura estarán sujetas a cambios. También puedes convertirla en una póliza individual hasta de \$10,000 si estuviste 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 según una póliza de conversión diferente que emita Life Insurance Company of North America. Consulta tu certificado para obtener más información.

Su costo mensual de cobertura:

Costo de empleado por \$1,000 = \$0.020

Costo del cónyuge por \$1,000 = \$0.040

Costo del niño por \$1,000 = \$0.040

Las primas reales por período de pago pueden variar levemente debido al redondeo. Las tarifas 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 tu costo mensual:

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 es el costo **mensual**.

Definiciones importantes y disposiciones de la póliza:

Cuándo empieza tu cobertura: Tu cobertura entra en vigor en la fecha que sea posterior a la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que eres elegible, la fecha en que recibimos tu formulario de inscripción completo, si corresponde, o la fecha en que autorizas cualquier deducción de nómina necesaria, 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 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 suceda primero entre la fecha en que tú o tus dependientes, si corresponde, ya no son elegibles, la fecha en que la póliza de grupo ya no está en vigente o la fecha del último período por el que se pagan las primas necesarias. (En ciertas circunstancias, tu cobertura puede continuar si dejas de trabajar. Asegúrate de leer las disposiciones de la continuación del seguro en tu certificado).

Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios:

Programa de reducción de beneficios: Si todavía está empleado, sus beneficios se reducirán al 50 % a los 70 años. Sus primas también se reducirán para ajustarse a sus 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 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 con receta 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 en la cantidad de cualquier beneficio por desmembramiento que se haya pagado o deba pagarse.

ESTA PÓLIZA DA COBERTURA LIMITADA, SOLO POR ACCIDENTE. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE SE INCURRA. NO CUBRE PÉRDIDAS CAUSADAS POR ENFERMEDAD. ESTE NO ES UN SUSTITUTO DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL O INTEGRAL.

Los términos y condiciones de la cobertura del seguro por muerte y desmembramiento accidental se establecen en la póliza de grupo N.º OK0972465. 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 prioridad. La disponibilidad o las características del producto 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 GA-00-1000.00. 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.