

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CASTLEBERRY

Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

Aspectos destacados de los beneficios del plan

Elegibilidad

Todos los empleados permanentes del grupo asegurado que trabajen 20 horas semanales o más. En cuanto a su elegibilidad, podemos solicitarle un certificado de buena salud y tendremos en cuenta las respuestas que usted proporcione en su solicitud para determinar si se puede emitir para ser elegible para la cobertura de discapacidad. Con independencia de cuál sea su estado de salud en el momento de la solicitud, si se aprueba y emite la cobertura, los reclamos incurridos mientras la cobertura esté vigente estarán sujetos a todos los términos y condiciones de la Póliza, incluida toda limitación de una Enfermedad Preexistente.

Pago de los beneficios

Los beneficios se pagan hasta los 65 años en caso de lesión o enfermedad aseguradas. Después de los 65 años, el período de beneficios se extenderá a 12 meses o hasta su Edad Normal de Jubilación de la Seguridad Social, lo que sea mayor.

Beneficio por discapacidad - PLANES 1-6

El 35% de su Compensación Mensual, que no exceda una Compensación Mensual asegurada máxima de \$21.430; y la cantidad por la que se está pagando una prima. Si correspondiera, al Beneficio por Discapacidad del asegurado se le descontarán las Fuentes de Ingreso Deducibles.

Beneficio por Discapacidad - 35% de su Compensación Mensual		
Plan 1	El 8° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,32
Plan 2	El 15° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,12
Plan 3	El 31° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,92
Plan 4	El 61° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,58
Plan 5	El 91° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,42
Plan 6	El 151° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,28

Beneficio por discapacidad - PLANES 7-12

El 50% de su Compensación Mensual, que no exceda una Compensación Mensual asegurada máxima de \$15.000; y la cantidad por la que se está pagando una prima. Si correspondiera, al Beneficio por Discapacidad del asegurado se le descontarán las Fuentes de Ingreso Deducibles.

Beneficio por Discapacidad - 50% de su Compensación Mensual		
Plan 7	El 8° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,88
Plan 8	El 15° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,60
Plan 9	El 31° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,32
Plan 10	El 61° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,82
Plan 11	El 91° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,60
Plan 12	El 151° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,40

Beneficio por discapacidad - PLANES 13-18

662/3% de su Compensación Mensual, que no exceda una Compensación Mensual asegurada máxima de \$11.250; y la cantidad por la que se está pagando una prima. Si correspondiera, al Beneficio por Discapacidad del asegurado se le descontarán las Fuentes de Ingreso Deducibles.

Beneficio por Discapacidad - 662/3% de su Compensación Mensual		
Plan 13	El 8° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$2,50
Plan 14	El 15° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$2,12
Plan 15	El 31° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,76
Plan 16	El 61° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$1,08
Plan 17	El 91° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,80
Plan 18	El 151° día de Discapacidad resultante de una lesión o enfermedad cubiertas.	*\$0,52

*The * La prima es por \$100 de Compensación Mensual asegurada.

Beneficio por gastos médicos

Lesión - \$150,00 por lesión.

Si necesita tratamiento médico personal por una lesión, pagaremos el monto indicado más arriba siempre y cuando no se haya pagado otro reclamo conforme a la Póliza. No se requiere que pierda un día completo de trabajo para recibir el beneficio por lesiones.

Beneficio de internación hospitalaria

Se pagará un Beneficio de Internación Hospitalaria por cada día de internación como paciente de un hospital debido a una lesión o enfermedad, durante un período de hasta 60 días. El monto a pagar será de 1 vez el Beneficio por Discapacidad, el cual se calculará en forma proporcional por día. A este beneficio no se le descontarán las Fuentes de Ingreso deducibles. La internación deberá tener una duración de al menos 18 horas seguidas. Este beneficio empezará a regir el primer día de internación. El resto de su período de eliminación quedará sin efecto. **(SE APLICA ÚNICAMENTE A LOS PLANES 1-3, 7-9, Y 13-15).**

Hospital: "Hospital" no incluirá una institución usada por usted como lugar de rehabilitación; como lugar de reposo o para atención geriátrica; hogar de ancianos o para convalecientes; unidad de cuidados a largo plazo o sala de geriatría; unidad de cuidados extensivos para la atención de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

Exención del pago de la prima

No se exigirá el pago de la prima mientras se estén recibiendo pagos conforme al plan después de haber recibido pagos por discapacidad durante 90 días seguidos. Anualmente, le solicitaremos la constancia de que sigue estando discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio del donante

Si su discapacidad es el resultado de la donación de un órgano o tejido, le pagaremos el beneficio como si se tratara de cualquier otra enfermedad en virtud de los términos y condiciones del plan.

Compensaciones con otras fuentes de ingreso

Las fuentes de ingreso deducibles incluyen: otros ingresos grupales por discapacidad; sistema de jubilación gubernamental u otro, ya sea por discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de los beneficios de jubilación; ley del Seguro Social de los Estados Unidos o plan o ley similar, incluidos los montos adeudados a su/s dependiente/s debido a su discapacidad; programa de discapacidad del estado; compensación por desempleo, licencia por enfermedad u otros planes de continuidad salarial proporcionados por el empleador, que se extiendan más allá de 365 días calendarios a contar de la fecha de la discapacidad. Nos reservamos el derecho de calcular estas fuentes de ingreso deducibles que usted puede recibir, según definición contenida en su Certificado.

Beneficio Mínimo por Discapacidad

El Beneficio Mensual por Discapacidad mínimo es el 10% del Beneficio Mensual por Discapacidad o \$100,00, el que sea mayor.

Si está discapacitado debido a una Discapacidad Asegurada y no está trabajando

Si durante los primeros 12 meses, usted está discapacitado debido a una discapacidad asegurada y no está trabajando, le pagaremos el beneficio por discapacidad detallado en el cronograma. Después de 12 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad menos las fuentes de ingreso deducibles que reciba o que tenga derecho a recibir. No se harán pagos por discapacidad por los períodos en los que no esté bajo la atención habitual y adecuada de un médico.

Discapacidad discapacitado durante los primeros 24 meses de discapacidad significa que no puede realizar las tareas importantes y sustanciales de su trabajo habitual. Después de ese período, discapacidad significa que no puede realizar las tareas importantes y sustanciales de ningún trabajo remunerado mediante un salario u otro tipo de ingresos para el cual se encuentra razonablemente calificado en base a la capacitación recibida, a sus estudios o a la experiencia adquirida.

Incentivos para volver a trabajar: discapacitado y trabajando

Si está discapacitado y trabaja, puede ser elegible para seguir recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ingresos por discapacidad. Si sus ingresos por discapacidad exceden el 80% de su compensación mensual, dejaremos de hacer los pagos y su reclamo concluirá.

- **Beneficio de atención familiar**

Si está discapacitado y trabaja, y en su familia hay uno o más miembros elegibles, puede tener derecho a recibir un beneficio de atención familiar. Este beneficio es para gastos incurridos de hasta el 25% de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ingresos por discapacidad, el beneficio bruto por discapacidad y el beneficio de atención familiar no pueden superar el 100% de su compensación mensual. El pago de este beneficio concluye cuando usted deja de ser elegible para recibir los beneficios en virtud de la cláusula "Discapacitado y Trabajando" de la póliza.

- **Acondicionamiento del lugar de trabajo**

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamos, si realizando modificaciones en el lugar de trabajo éstas le permiten volver a su empleo, evaluaremos su reclamo para que se adopten las medidas necesarias.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si está discapacitado por una enfermedad mental, se le otorgarán beneficios por un período de hasta 2 años, que no será superior al período máximo de discapacidad.

Beneficio limitado por alcoholismo y adicción a las drogas

Si está discapacitado por causa del alcoholismo o la adicción a las drogas, se le pagará un beneficio limitado de hasta 15 días por cada discapacidad. No se pagarán beneficios más allá del período máximo de beneficios. Si la adicción a las drogas ocurre mientras se encuentra bajo la atención habitual y adecuada de un médico que lo está tratando por una lesión o enfermedad, la adicción estará asegurada de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

Beneficio limitado por enfermedades especiales

Si está discapacitado por causa de una enfermedad especial y está bajo la atención habitual y adecuada de un médico, se le otorgarán beneficios por un período de hasta 2 años. Las siguientes son enfermedades especiales: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; toda enfermedad, dolencia, accidente o lesión en el cuello o la espalda que no provoque hemiplejía, paraplejía o cuadriplejía; enfermedad alérgica ambiental, incluidos, sin limitación, síndrome del edificio enfermo y sensibilidad química múltiple; y los síntomas autorreportados. Síntomas autorreportados son aquellos que el asegurado comunica a su médico y que no son verificables mediante estudios, procedimientos o exámenes clínicos. Entre ellos se incluyen: dolores de cabeza, dolores en general, fatiga, rigidez, zumbido en los oídos, mareos, adormecimiento y falta de energía.

Limitación de enfermedad preexistente

No se pagará el Beneficio por Discapacidad si la discapacidad es provocada por una enfermedad preexistente, o es resultado de ella, y se inicia antes de que usted haya estado continuamente cubierto por la Póliza durante 12 meses.

Enfermedad preexistente significa una enfermedad, lesión, dolencia, trastorno físico o mental por el cual: recibió tratamiento; incurrió en gastos; tomó medicación; recibió atención o servicios, incluidos estudios diagnósticos o medidas relacionadas; o recibió diagnóstico o recomendación médica, durante el período de 3 meses inmediatamente anterior a la fecha de vigencia de su cobertura. El término enfermedad preexistente también incluirá problemas médicos relacionados con esa enfermedad, lesión, dolencia, trastorno físico o mental.

Exclusiones

La Póliza no cubre los siniestros, mortales o no, derivados de:

- Una lesión autoprovocada intencionadamente, estando en su sano juicio o no.
- Un acto de guerra declarada o no.
- Una lesión provocada o enfermedad contraída mientras se está sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país.
- La comisión de un delito mayor.
- El encarcelamiento. No pagaremos beneficios por una discapacidad u otro siniestro ocurrida/o en un período en el cual esté preso en una institución penal o correccional durante un período de 30 días consecutivos o más.
- Una lesión o enfermedad resultante de una labor y ocurrida en el transcurso de esa labor por la que recibe salario o beneficios o por la que tiene derecho a percibir la Compensación de los Trabajadores.

El término "derecho a percibir la Compensación de los Trabajadores" también incluirá los acuerdos de reclamo de la Compensación de los Trabajadores a los que se llegue por medio de una liquidación acordada con renuncia a reclamos posteriores. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza por el período en el cual usted tenga derecho a percibir los beneficios de la Compensación de los Trabajadores.

Su cobertura podrá extenderse hasta por 1 año durante una licencia por enfermedad aprobada por escrito por su empleador. La cobertura seguirá operando mientras la póliza grupal permanezca vigente, se paguen las primas y usted siga reuniendo los criterios de elegibilidad para la cobertura de la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique más como asegurado, se jubile, deje de estar en empleo activo, o deje de ser empleado. Su cobertura podrá finalizar o las primas podrán aumentarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con un aviso previo de 31 días.



Visualice e imprima sus pólizas y presente un reclamo en americanfidelity.com

El Centro de Servicios en Línea de American Fidelity le brinda acceso cómodo y seguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que administre su cuenta o presente un reclamo.

AMERICAN FIDELITY
a different opinion

800-654-8489 • americanfidelity.com

**First
Financial
Group
of America**
First in Service and Expertise