

SU PLAN DE BENEFICIOS

ADP TotalSource, Inc.

Todos los empleados activamente trabajando al menos 15 horas por semana, excluyendo a los empleados temporales o estacionales, y excluyendo a los empleados del lugar de trabajo que no reciben un sueldo ni un salario por hora para calcular los beneficios

Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental

Fecha del certificado: 1 de junio de 2024

Certificado número 48

ADP TotalSource, Inc.
10200 Sunset Drive
Miami, FL 33173

A NUESTROS EMPLEADOS:

Todos valoramos la protección y seguridad que dan los seguros.

Este certificado describe los beneficios que tiene disponibles. Le recomendamos que lo lea detenidamente.

ADP TotalSource, Inc.



Metropolitan Life Insurance Company
200 Park Avenue, New York, New York 10166

CLÁUSULA ADICIONAL DEL CERTIFICADO

N.º de póliza colectiva: 119920-1-G
Titular de la Póliza: ADP TotalSource, Inc.
Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de 2024

Este certificado se modifica como se muestra abajo:

El certificado se revisa para agregar lo siguiente:

Cómo pagaremos los beneficios

A menos que el Beneficiario pida el pago con cheque, cuando en el certificado se dice que pagaremos los beneficios en “un pago único”, “una suma global” o “un solo pago”, podemos pagar la cantidad total del beneficio:

1. con cheque;
2. abriendo una cuenta que gane intereses y que le dé al Beneficiario acceso inmediato a la cantidad total del beneficio; o
3. por cualquier otro método que le dé al Beneficiario acceso inmediato a la cantidad total del beneficio.

Si se pide, puede haber disponibles otros métodos de pago. Para obtener más información, llame gratis al teléfono que está en la portada del certificado.

Esta cláusula adicional se debe adjuntar al certificado y debe formar parte de este.

Este formulario es una traducción de un formulario en inglés. Si hay discrepancia entre la versión traducida y el formulario en inglés, la versión en inglés tendrá prioridad.



Metropolitan Life Insurance Company
200 Park Avenue, New York, New York 10166

CERTIFICADO DE SEGURO

Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife"), una sociedad anónima, certifica que usted y sus dependientes están asegurados por los beneficios descritos en este certificado, sujeto a las disposiciones de este certificado. Este certificado se emitió para usted de acuerdo con una Póliza Colectiva e incluye los términos y disposiciones de la Póliza Colectiva que describe su seguro. **LEA ESTE CERTIFICADO DETENIDAMENTE.**

Este certificado es parte de la Póliza Colectiva. La Póliza Colectiva es un contrato entre MetLife y el Titular de la Póliza, y se puede modificar o terminar sin su consentimiento o sin darle previo aviso a usted.

Titular de la Póliza: ADP TotalSource, Inc.

Número de Póliza Colectiva: 119920-1-G

Tipo de seguro: Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental

**Números de MetLife para
llamar sin costo:**

**Para obtener información
sobre reclamos** PARA RECLAMOS DEL SEGURO DE VIDA: 1-877-237-8701

PEGUE LA ETIQUETA
QUE MUESTRA EL NOMBRE
Y LA FECHA DE INICIO
DEL EMPLEADO
EN ESTE ESPACIO.

ESTE CERTIFICADO SOLO DESCRIBE SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL. EL SEGURO DESCRITO NO PRESTA BENEFICIOS POR PÉRDIDAS CAUSADAS POR ENFERMEDAD.

PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA: LEA ESTE CERTIFICADO ATENTAMENTE. SI ES MAYOR DE 65 AÑOS EN LA FECHA DE INICIO DE ESTE CERTIFICADO, PUEDE DEVOLVERLO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LO HAYA RECIBIDO Y LE REEMBOLSAREMOS LA PRIMA QUE HAYA PAGADO. EN ESTE CASO, SE CONSIDERARÁ QUE ESTE CERTIFICADO NUNCA SE EMITIÓ.

Para residentes de Idaho: DERECHO DE 10 DÍAS PARA EXAMINAR EL CERTIFICADO: Puede devolvernos el certificado en un plazo de 10 días desde la fecha en la que lo reciba. Si lo devuelve en el plazo de 10 días, se considerará que el certificado nunca se emitió. Reembolsaremos cualquier prima pagada después de que recibamos su aviso de cancelación.

LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO QUE OFRECE COBERTURA SEGÚN ESTE CERTIFICADO SE EMITIÓ EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE DE MARYLAND Y ES POSIBLE QUE NO INCLUYA TODOS LOS BENEFICIOS QUE EXIGEN LAS LEYES DE MARYLAND.

Para residentes de Dakota del Norte: Si no está satisfecho con su certificado, lo puede devolver en un plazo de 20 días después de recibirlo, a menos que hayamos recibido previamente un reclamo sobre su certificado. En un plazo de 30 días de haber recibido el certificado devuelto, reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado y se considerará que este certificado nunca se emitió. Debe tener en cuenta que, si decide devolver el certificado para el reembolso de las primas, las pérdidas que de otro modo habrían estado cubiertas por su certificado no estarán cubiertas.

Para residentes de Nuevo Hampshire: Derecho de 30 días para examinar el certificado.

Lea este certificado. Puede devolvernos el certificado en un plazo de 30 días desde la fecha en la que lo reciba. Si lo devuelve en ese plazo de 30 días, se considerará que el certificado nunca se emitió y le reembolsaremos cualquier prima pagada por el seguro según este certificado.

LA LEY DEL ESTADO NOS EXIGE QUE INCLUYAMOS LOS AVISOS QUE APARECEN EN ESTA PÁGINA Y EN LA SECCIÓN DE AVISOS QUE SIGUE DESPUÉS DE ESTA PÁGINA. LEA ESTOS AVISOS DETENIDAMENTE.

AVISO PARA RESIDENTES DE TEXAS

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con un reclamo o con su prima, llame primero a su compañía de seguros o a la HMO. Si no puede resolver el problema, el Departamento de Seguros (Department of Insurance) de Texas puede ayudarlo.

Aunque presente una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debería presentar una queja o una apelación por medio de su compañía de seguros o de la HMO. Si no lo hace, es posible que pierda su derecho a apelar.

Metropolitan Life Insurance Company

Para obtener información o presentar una queja ante su compañía de seguros o la HMO:

Llame al Departamento de Relaciones del Consumidor Corporativo (Corporate Consumer Relations Department), al 1-800-438-6388

Llamada sin costo: 1-800-438-6388

Correo electrónico: Johnstown_Complaint_Referrals@metlife.com

Correo: Metropolitan Life Insurance Company
700 Quaker Lane
2nd Floor
Warwick, RI 02886

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta sobre el seguro o presentar una queja ante el Estado:

Si tiene preguntas, llame al: 1-800-252-3439

Para presentar una queja: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Correo: Consumer Protection, MC: CO-CP, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con un reclamo o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja por medio del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho a apelar.

Metropolitan Life Insurance Company

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Departamento de Relaciones Corporativas del Consumidor, al 1-800-438-6388

Teléfono para llamar sin costo: 1-800-438-6388

Correo electrónico: Johnstown_Complaint_Referrals@metlife.com

Dirección postal: Metropolitan Life Insurance Company
700 Quaker Lane
2nd Floor
Warwick, RI 02886

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Para presentar una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: Consumer Protection, MC: CO-CP, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

AVISO PARA RESIDENTES DE Luisiana, MONTANA, NUEVO HAMPSHIRE, NUEVO MÉXICO, TEXAS, UTAH Y WASHINGTON

La definición de hijo se modifica para las coberturas que se indican más abajo:

Para los residentes de Luisiana (Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El término también incluye a los nietos que residan con usted. El límite de edad para los hijos y nietos no será inferior a 26 años, independientemente del estado civil del hijo o del nieto, de su condición de estudiante o de su situación laboral a tiempo completo. Su hijo natural, hijo adoptivo, hijastro o nieto menor de 26 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro. Además, el estado civil no impedirá ni interrumpirá la continuación del seguro para un hijo o nieto discapacitado mental o físicamente más allá del límite de edad.

Para residentes de Montana (Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El término también incluye a los recién nacidos de cualquier persona asegurada según este certificado. El límite de edad para los hijos no será inferior a 25 años, independientemente de la condición de estudiante o de empleo a tiempo completo del hijo. Su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro menor de 25 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro.

Para residentes de Nuevo Hampshire (Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El límite de edad para los hijos no será inferior a 26 años, independientemente del estado civil del hijo, su condición de estudiante o su situación laboral a tiempo completo. Su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro menor de 26 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro.

Para residentes de Nuevo México (Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El límite de edad para los hijos no será inferior a 25 años, independientemente de la condición de estudiante o de empleo a tiempo completo del hijo. No se negará la cobertura del Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental a su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro según este certificado si:

- ese hijo nació fuera del matrimonio;
- ese hijo no fue declarado como dependiente en su declaración de impuestos federales sobre ingresos; o
- ese hijo no reside con usted.

Para los residentes de Texas (Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El término incluye también a sus nietos. El límite de edad para los hijos y nietos no será inferior a 25 años, independientemente de la condición de estudiante, de empleo a tiempo completo o de servicio militar del hijo o nieto. Su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro menor de 25 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro. Además, usted puede reclamar a los nietos como dependientes para fines del impuesto federal sobre ingresos en el momento en que solicitó el seguro.

Para los residentes de Utah (Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El límite de edad para los hijos no será inferior a 26 años, independientemente de la condición de estudiante o de empleo a tiempo completo del hijo. Su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro menor de 26 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro. El término incluye a un hijo soltero incapaz de mantener un empleo por sí mismo por una discapacidad mental o física, tal y como se define en la legislación aplicable y que ha estado cubierto de forma continua por un plan de Muerte y Desmembramiento Accidental desde que cumplió los 26 años, sin una interrupción de la cobertura de más de 63 días, y que, por lo demás, cumple los requisitos para ser considerado un hijo, excepto por el límite de edad. La prueba de dicha discapacidad se nos debe enviar dentro de los 31 días después de:

- la fecha en que el hijo cumpla la edad límite para continuar con la cobertura; o
- que usted inscriba a un niño para que esté cubierto según esta disposición;

y a intervalos razonables después de dicha fecha, pero con una frecuencia de no más de un año después del período de dos años inmediatamente después de la fecha en que el niño cumpla los requisitos para recibir cobertura según esta disposición.

AVISO PARA RESIDENTES DE LUISIANA, MONTANA, NUEVO HAMPSHIRE, NUEVO MÉXICO, TEXAS, UTAH Y WASHINGTON

Para residentes de Washington (Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental):

El límite de edad para los hijos no será inferior a 26 años, independientemente del estado civil del hijo, su condición de estudiante o su situación laboral a tiempo completo. Su hijo natural, hijo adoptivo o hijastro menor de 26 años no necesitará que usted lo esté manteniendo para calificar como hijo según este seguro.

AVISO PARA RESIDENTES DE ARKANSAS

Si tiene preguntas sobre su cobertura o tiene un reclamo, primero comuníquese con el Titular de la Póliza o con el administrador de la cuenta colectiva. Si después de hacerlo todavía tiene alguna preocupación, puede llamar gratis al teléfono que está en la portada del certificado.

Los titulares de las pólizas tienen derecho a presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Arkansas (AID). Puede llamar al AID para pedir un formulario de quejas al (800) 852-5494 o al (501) 371-2640, o escribir al Departamento a:

Arkansas Insurance Department
Consumer Services Division
1 Commerce Way, Suite 102
Little Rock, Arkansas 72202

AVISO PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA

AVISO IMPORTANTE

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA PRESENTAR UNA QUEJA, COMUNÍQUESE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA O CON METLIFE A:

**METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY
ATTN: CONSUMER RELATIONS DEPARTMENT
500 SCHOOLHOUSE ROAD
JOHNSTOWN, PA 15904**

1-800-438-6388

SI DESPUÉS DE HABLAR CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA O CON METLIFE, CREE QUE NO SE LLEGÓ A UNA SOLUCIÓN SATISFACTORIA, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA ANTE EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA ESCRIBIENDO A:

**DEPARTMENT OF INSURANCE
CONSUMER SERVICES
300 SOUTH SPRING STREET
LOS ANGELES, CA 90013**

SITIO WEB: <http://www.insurance.ca.gov/>

1-800-927-4357 (dentro de California)

1-213-897-8921 (fuera de California)

AVISO PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA

Si su certificado incluye una exclusión por la ingesta voluntaria o el uso por cualquier medio de cualquier droga, medicamento o sedante, a menos que lo tome o lo utilice según la prescripción de un médico (o una exclusión similar), adjudicaremos su reclamo de la siguiente manera:

Excluiremos cualquier pérdida cubierta como consecuencia de estar bajo la influencia de cualquier estupefaciente o sustancia controlada, a menos que se haya administrado por recomendación de un médico.

AVISO PARA RESIDENTES DE GEORGIA

AVISO IMPORTANTE

Las leyes del estado de Georgia prohíben que las compañías aseguradoras discriminen injustamente a cualquier persona por ser víctima de violencia familiar.

AVISO PARA RESIDENTES DE IDAHO

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o un reclamo, puede llamar gratis al teléfono que está en la portada del certificado.

Si continúa con preocupaciones después de hablar con MetLife, comuníquese con:

Idaho Department of Insurance
Consumer Affairs
700 West State Street, 3rd Floor
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0043

1-800-721-3272 (para llamadas dentro de Idaho) o 208-334-4250, o www.DOI.Idaho.gov

AVISO PARA RESIDENTES DE ILLINOIS

AVISO IMPORTANTE

Para presentar una queja a MetLife, puede escribir a:

MetLife
200 Park Avenue
New York, New York 10166

La dirección del Departamento de Seguros de Illinois es:

Illinois Department of Insurance
Public Services Division
Springfield, Illinois 62767

AVISO PARA RESIDENTES DE INDIANA

Las preguntas sobre la póliza o la cobertura deben enviarse a:

Metropolitan Life Insurance Company

1-800-438-6388

Si (a) necesita ayuda de la agencia del gobierno que regula los seguros o (b) tiene alguna queja que no ha podido resolver con su compañía de seguros, puede comunicarse con el Departamento de Seguros por correo, teléfono o correo electrónico:

State of Indiana Department of Insurance

Consumer Services Division

311 West Washington Street, Suite 300

Indianapolis, Indiana 46204

Línea directa para el consumidor: (800) 622-4461; (317) 232-2395

Se pueden presentar quejas electrónicamente en www.in.gov/idoi

AVISO PARA RESIDENTES DE MAINE

Tiene derecho a nombrar a un tercero para que reciba una notificación si hay peligro de que su seguro caduque por un incumplimiento de su parte, como, por ejemplo, si no paga una aportación que debería. El objetivo es permitir que se reanuden los pagos cuando la causa del incumplimiento sea que el asegurado tiene un deterioro cognitivo o una discapacidad funcional. Puede hacer esta designación completando un "Formulario de solicitud de aviso a terceros" y enviándolo a MetLife. Una vez que haya hecho una designación, puede cancelarla o cambiarla completando un nuevo Formulario de solicitud de aviso a terceros y enviándolo a MetLife. La designación entrará en vigor a partir de la fecha en la que MetLife reciba el formulario. Llame sin costo a MetLife al teléfono que está en la portada de este certificado para obtener un Formulario de solicitud de aviso a terceros. En un plazo de 90 días desde la cancelación de la cobertura por falta de pago de la prima, usted o cualquier persona autorizada a actuar en su nombre puede solicitar que se restituya el certificado porque usted tenía un deterioro cognitivo o una discapacidad funcional en el momento de la cancelación.

AVISO PARA RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

CONTINUACIÓN DEL SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

1. Si su Seguro de AD&D se termina por un cierre de planta o un cierre parcial cubierto, la cobertura continuará durante 90 días después de la fecha en que se termina la vigencia.
2. Si su Seguro de AD&D termina porque:
 - usted deja de estar en una clase elegible; o
 - queda desempleado,

por cualquier motivo que no sea un cierre de planta o un cierre parcial cubierto, la cobertura continuará durante 31 días después de su fecha de terminación.

La continuidad de su Seguro de AD&D según la subsección de CONTINUIDAD DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA se terminará antes de los períodos de fin de continuidad indicados arriba si obtiene cobertura de beneficios similares con otro plan.

Cierre de planta y cierre parcial cubierto tienen el significado que les da la definición establecida en la Sección 71A del Capítulo 151A de las Leyes Comentadas de Massachusetts (Massachusetts Annotated Laws).

AVISO PARA RESIDENTES DE MISSISSIPPI

Si usted reside en Mississippi, tenga en cuenta los siguientes procedimientos de reclamo de Beneficios de Muerte y Desmembramiento Accidental:

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DE BENEFICIOS DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Cuando se haya producido una pérdida cubierta, informe al encargado del registro. A los efectos de esta sección, el encargado del registro es la parte designada por el Titular de la Póliza para mantener ciertos registros necesarios para administrar el seguro que se proporciona según este certificado. Este aviso se le debe dar al encargado del registro tan pronto como sea razonablemente posible, pero, en cualquier caso, en un plazo de 30 días desde la pérdida cubierta.

El encargado del registro nos informará, y se le enviará un formulario de reclamo a usted o al beneficiario o beneficiarios registrados.

Deberá completar el formulario de reclamo y enviárnoslo con la Prueba necesaria de la pérdida cubierta como se indica en el formulario de reclamo. Si usted o el beneficiario no han recibido un formulario de reclamo en un plazo de 15 días desde que nos informa del reclamo, la Prueba se puede enviar usando cualquier formulario adecuado para entregárnosla.

El reclamante deberá darnos la Prueba no más de 90 días después de la fecha de la pérdida cubierta.

Si no se entrega el aviso del reclamo ni la Prueba en los límites de tiempo descritos en esta sección, el retraso no hará que se deniegue ni reduzca el reclamo si el aviso o la Prueba se entregan tan pronto como sea razonablemente posible.

Cuando recibamos un formulario de reclamo y la Prueba, revisaremos el reclamo y, si lo aprobamos, pagaremos beneficios sujetos a los términos y disposiciones de este certificado y de la Póliza Colectiva. Si su reclamo es un Reclamo Limpio, pagaremos los beneficios en el plazo de veinticinco (25) días después de recibir dicha Prueba de pérdida cubierta en formato electrónico o en el plazo de treinta y cinco (35) días después de recibir la Prueba de pérdida cubierta en formato papel. Todo beneficio previsto y que no se pague en el respectivo plazo de 25 días o 35 días para los Reclamos Limpios después de que recibamos la Prueba, acumulará intereses con una tasa del tres por ciento (3%) por mes sobre la cantidad que se deba hasta que el reclamo se resuelva o se adjudique en forma definitiva.

“Reclamo Limpio” significa un reclamo que:

- no requiere más información, ajustes ni alteraciones de usted ni del médico para que MetLife pueda procesarlo y pagarlo;
- no tiene ningún defecto;
- no tiene ninguna incorrección, incluyendo la falta de documentación de respaldo; o
- no implica una circunstancia particular que requiera un tratamiento especial que impida sustancialmente el pago puntual del reclamo.

Los errores, como los del sistema, atribuibles a nosotros, no cambian el estado de Reclamo Limpio.

Un Reclamo Limpio no incluye un reclamo presentado más de 30 días después de la pérdida cubierta; los reclamos que se presenten de forma fraudulenta o que se basen en declaraciones falsas.

Si no pagamos los beneficios cuando se debe, la persona con derecho a estos podrá iniciar una acción para recuperar esos beneficios, los intereses que se puedan acumular según lo dispuesto por la ley y cualquier otra indemnización por daños y perjuicios que pueda permitir la ley. Si se determina en dicha acción que nosotros actuamos de mala fe, según lo demuestre un patrón repetido o intencional de no pagar los beneficios o los reclamos cuando se debe, la persona a la que se le atribuyan esos beneficios (proveedor de atención médica o asegurado) tendrá derecho a cobrar una compensación por una cantidad de hasta tres (3) veces la cantidad de los beneficios que siguen sin pagarse hasta que el reclamo se resuelva o adjudique de manera definitiva.

Plazo máximo para tomar medidas legales. Solo se puede presentar una medida legal contra nosotros por un reclamo durante un período establecido. Ese período comienza 60 días después de la fecha en que se presenta la Prueba y termina 5 años después de la fecha en que se haya pedido dicha Prueba .

Preguntas de rutina sobre los reclamos de Muerte y Desmembramiento Accidental

Si tiene alguna pregunta sobre el pago de un reclamo, puede solicitar una explicación a MetLife llamando al 1-800-438-6388.

AVISO PARA RESIDENTES DE MISSOURI

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

EXCLUSIONES

Si reside en Missouri, la exclusión por “suicidio o intento de suicidio” es como sigue:
“suicidio o intento de suicidio mientras está en su sano juicio”

AVISO PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

Aviso de reclamo del consumidor

Si ustedes residente de Nuevo México, Su cobertura será administrada según las normas mínimas aplicables de la ley de Nuevo México. Si tiene alguna preocupación con respecto a un reclamo, prima u otros asuntos relacionados con esta cobertura, puede presentar un reclamo ante la Oficina del Superintendente de Seguros de Nuevo México (New Mexico Office of Superintendent of Insurance, OSI) utilizando el formulario de quejas disponible en el sitio web de la OSI que está en: <https://www.osi.state.nm.us/ConsumerAssistance/index.aspx>.

AVISO PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

Si un hijo está asegurado por el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental según este certificado y usted no es el padre/madre con la custodia, infórmenos de que ese es el caso y denos el nombre y dirección del padre/madre con la custodia. Una vez que reciba la notificación, nosotros:

- (1) le daremos al padre/madre con la custodia la información que sea necesaria para que el hijo obtenga beneficios por medio de dicho seguro;
- (2) permitiremos al padre/madre con la custodia o al proveedor, con la aprobación del padre/madre con la custodia, presentar reclamos por los servicios cubiertos sin la aprobación del padre/madre sin la custodia; y
- (3) haremos los pagos de los reclamos presentados según el Párrafo (2) de esta subsección directamente al padre/madre con la custodia, al proveedor o a la agencia estatal de Medicaid.

Si se le exige a usted por orden judicial o administrativa que proporcione un Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental a un hijo y es elegible para proporcionarle ese seguro a ese hijo, nosotros:

- (1) le permitimos inscribir a un hijo que de otro modo sería elegible para ese seguro sin tener en cuenta las restricciones de la temporada de inscripción;
- (2) si está inscrito, pero no presenta una solicitud para obtener un seguro para ese hijo, lo inscribiremos en el seguro cuando recibamos la solicitud del otro de los padres del hijo, de la agencia estatal que administra el programa Medicaid o de la agencia estatal que administra las Secciones 651 a 669 del Título 42 de U.S.C., el programa de cumplimiento de la manutención del hijo; y
- (3) no cancelaremos ni eliminaremos el seguro para ese hijo, a menos que se entregue a la aseguradora una prueba por escrito satisfactoria de que:
 - (a) la orden judicial o administrativa ya no está en vigor; o
 - (b) el hijo está o estará inscrito en un seguro médico comparable por medio de otra aseguradora que entrará en vigor, a más tardar, en la fecha de la cancelación.

No impondremos requisitos a una agencia estatal a la que se le hayan asignado los derechos de una persona que reúna los requisitos para recibir asistencia médica según el programa Medicaid y que esté asegurada con nosotros para el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental que sean diferentes de los requisitos aplicables a un agente o cesionario de cualquier otra persona así asegurada.

AVISO PARA RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

El Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental para un hijo dependiente puede continuar después del límite de edad si ese hijo es estudiante a tiempo completo y el seguro finaliza porque el hijo recibe una orden de servicio activo (que no sea servicio activo para entrenamiento) durante 30 días siguientes o más como miembro de la Guardia Nacional de Pensilvania o de un Componente de Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

El seguro continuará si ese hijo:

- se vuelve a matricular como estudiante a tiempo completo en una escuela, facultad o universidad acreditada que esté autorizada en la jurisdicción donde esté;
- se vuelve a matricular en el primer trimestre o semestre, que empieza 60 o más días después de que le hayan dado la baja del servicio activo al hijo;
- sigue reuniendo los requisitos para considerarlo un hijo, excepto por el límite de edad; y
- presenta la Prueba requerida del servicio activo del hijo en la Guardia Nacional o en un Componente de Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

Sujeto a la subsección Fecha en que finaliza el Seguro de Dependientes de la sección titulada DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO DE DEPENDIENTES, esta continuación seguirá hasta la primera de las siguientes fechas:

- fecha en que el seguro haya continuado durante un período de tiempo igual a la duración del servicio activo del hijo; o
- fecha en que el hijo deje de ser estudiante a tiempo completo.

AVISO PARA RESIDENTES DE TEXAS

LA PÓLIZA DE SEGURO SEGÚN LA QUE SE EMITIÓ ESTE CERTIFICADO NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. HABLE CON SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI ESTÁ SUSCRITO AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

AVISO PARA RESIDENTES DE UTAH

Aviso sobre la protección que ofrece la Asociación de Garantías de Seguros Médicos y de Vida de Utah (Utah Life and Health Insurance Guaranty Association)

Este aviso incluye un **resumen breve** de la Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Médicos de Utah (Utah Life and Health Insurance Guaranty Association) (“la Asociación”) y de la protección que les da a los titulares de pólizas. Esta red de seguridad se creó de acuerdo con la ley de Utah, que establece quién y qué tiene cobertura, y las cantidades de la cobertura.

La Asociación se creó para ofrecer protección en el caso poco probable de que su compañía de seguro de vida, médico o de anualidades no pueda cumplir sus obligaciones financieras y la absorba la agencia reguladora de seguros. Si esto llega a pasar, la Asociación normalmente coordinará la continuación de la cobertura y el pago de los reclamos, según la ley de Utah, con financiamiento de valoraciones pagadas por otras compañías de seguros. (Para fines de este aviso, los términos “compañía de seguros” y “aseguradora” incluyen a las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y planes médicos limitados).

Las protecciones básicas que da la Asociación son:

- Seguro de vida
 - o \$500,000 en beneficios por muerte
 - o \$200,000 en efectivo por valor de rescate o retiro
- Seguro médico y de accidentes
 - o \$500,000 por planes de beneficios médicos
 - o \$500,000 en beneficios del seguro de ingresos por discapacidad
 - o \$500,000 en beneficios de atención médica de largo plazo
 - o \$500,000 en otros tipos de beneficios de seguro médico
- Anualidades
 - o \$250,000 en el valor presente en total de los beneficios de la anualidad, incluyendo cualquier valor neto del rescate y del retiro en efectivo.

La cantidad máxima de protección para cada persona, independientemente de la cantidad de pólizas o contratos, es \$500,000. Pueden aplicarse normas especiales relacionadas con los planes de beneficios médicos.

Nota: Es posible que ciertas pólizas y contratos no estén cubiertos o completamente cubiertos.

Por ejemplo, la cobertura no se amplía a ninguna parte de una póliza o contrato que la compañía aseguradora no garantice, como la adición de ciertas inversiones al valor de la cuenta de una póliza de seguro de vida variable o un contrato de anualidades variables. También hay diversos requisitos de residencia y otras limitaciones según la ley de Utah.

Los beneficios proporcionados por una cláusula adicional de atención de largo plazo en un seguro de vida o un contrato de anualidades se considerarán el mismo tipo de beneficio que la póliza de seguro base o el contrato de anualidades relacionado.

Para obtener más información sobre las protecciones de arriba, visite el sitio web de la Asociación en www.ulhiga.org o escriba a:

Utah Life and Health Insurance Guaranty Assoc.
466 South 500 East, Suite 100
Salt Lake City UT 84102
(801) 320-9955

Utah Insurance Department
4315 S. 2700 W., Suite 2300
Taylorsville, UT 84129
(801) 957-9200

AVISO PARA RESIDENTES DE VIRGINIA

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU SEGURO

Si necesita hablar con alguien de este seguro por cualquier motivo, comuníquese con su agente. Si no compró este seguro por medio de un agente o si tiene más preguntas, se puede comunicar con la compañía emisora del seguro a la siguiente dirección y al teléfono siguiente:

MetLife
200 Park Avenue
New York, New York 10166
Attn: Corporate Consumer Relations Department

Para hacer preguntas por teléfono sobre un reclamo, puede llamar a Servicio al Cliente de Reclamos al:
1-800-275-4638

Si no se ha podido comunicar con la compañía o el agente ni ha podido resolver su asunto, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de la Comisión de Corporaciones del Estado de Virginia:

Bureau of Insurance
Life and Health Division
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218-1157
Teléfono: 1-804-371-9691
Llamada sin costo: 1-877-310-6560
Fax: 1-804-371-9944
Sitio web: www.scc.virginia.gov
Correo electrónico: BureauOfInsurance@scc.virginia.gov

Se prefiere la correspondencia escrita para que quede constancia de su consulta. Cuando se comunique con su agente, compañía o con la Oficina de Seguros, tenga a mano su número de póliza.

AVISO PARA RESIDENTES DE VIRGINIA OCCIDENTAL

PERÍODO DE REVISIÓN GRATUITA:

Si no está satisfecho con su certificado, puede devolverlo en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que lo haya recibido, a menos que hayamos recibido un reclamo según su certificado. En un plazo de 10 días después de haber recibido el certificado devuelto, reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado y se considerará que este certificado nunca se emitió. Debe tener en cuenta que, si decide devolver el certificado para el reembolso de las primas, las pérdidas que de otro modo habrían estado cubiertas por su certificado no estarán cubiertas.

AVISO PARA RESIDENTES DE WISCONSIN

GUARDE ESTE AVISO CON LOS DOCUMENTOS DE SU SEGURO

¿TIENE PROBLEMAS CON SU SEGURO? Si está teniendo problemas con su compañía o agente de seguros, no dude en comunicarse con ellos para resolver su problema.

MetLife
Attn: Corporate Consumer Relations Department
200 Park Avenue
New York, New York 10166
1-800-438-6388

También puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, la agencia estatal que hace cumplir las leyes de seguros de Wisconsin, y presentar una queja. Puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** escribiendo o llamando a:

Office of the Commissioner of Insurance
Complaints Department
P.O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873
1-800-236-8517 fuera de Madison o 608-266-0103 en Madison.

ÍNDICE

Sección	Página
PORTADA DEL CERTIFICADO	1
AVISOS	3
CUADRO DE BENEFICIOS.....	27
DEFINICIONES.....	34
DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED	37
Clases de elegibilidad.....	37
Fecha en que usted es elegible para el seguro	37
Proceso de inscripción	37
Fecha en que su seguro entra en vigor.....	37
Fecha en que termina el seguro.....	38
DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGUROS PARA SUS DEPENDIENTES	39
Clases Elegibles Para Seguros Dependientes	39
Fecha En La Que Usted Es Elegible Para El Seguro Dependiente.....	39
Proceso De Inscripción.....	39
Fecha En La Que El Seguro Entra En Vigor Para Sus Dependientes.....	39
Fecha De Finalización Del Seguro Para Sus Dependientes.....	41
NORMAS ESPECIALES PARA LOS GRUPOS PREVIAMENTE CUBIERTOS EN VIRTUD DE OTRO SEGURO COLECTIVO DE AD&D.....	42
CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA.....	44
Para Hijos Con Discapacidades Mentales O Físicas	44
Para Permisos De Ausencia Por Motivos Familiares Y Médicos	44
Portabilidad A Su Elección	44
EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD	47
SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.....	48
OTROS BENEFICIOS: USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD	50
OTROS BENEFICIOS: USO DE BOLSAS DE AIRE	51
BENEFICIOS ADICIONALES: CUIDADO INFANTIL.....	52
OTROS BENEFICIOS: EDUCACIÓN DE LOS HIJOS	53
OTROS BENEFICIOS: EDUCACIÓN DEL CÓNYUGE.....	54
OTROS BENEFICIOS: AGRESIÓN FÍSICA EN EL LUGAR DE TRABAJO	55
BENEFICIOS ADICIONALES: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	56
OTROS BENEFICIOS: CONTINUIDAD DE COBRA.....	57
BENEFICIOS ADICIONALES: GASTOS DE REPATRIACIÓN	58
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO: RECLAMOS DE BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES.....	59
CLÁUSULAS GENERALES.....	60
Cesiones.....	60
Beneficiario.....	60
Contrato Completo	60
Indisputabilidad: Sus declaraciones	60
Declaración inexacta de la edad	61
Cumplimiento de la ley	61
Exámenes físicos	61
Autopsia.....	61

CUADRO DE BENEFICIOS

En esta lista se muestran los beneficios que están disponibles en esta Póliza Colectiva. Usted y sus dependientes solo estarán asegurados para los beneficios:

- para los que usted y sus dependientes sean y sigan siendo elegibles;
- que usted elija, si se puede elegir; y
- que estén vigentes.

La cantidad del Seguro que pagaremos por cualquier seguro al que usted haga aportaciones se reducirá según la cantidad de las aportaciones que deba y que no nos haya pagado por ese seguro.

Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) para usted

El Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental es un Seguro Elegible para la Portabilidad

Para empleados activos Una cantidad que usted elija que sea un múltiplo de \$10,000

Cantidad Total del Mínimo por Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental \$50,000

Cantidad Total del Máximo por Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental La cantidad que equivalga a 10 veces Sus Ingresos Anuales Básicos o \$750,000, lo que sea menor

Otros Beneficios:

Beneficio de Cinturón de Seguridad..... Sí

Beneficio por uso de bolsas de aire Sí

Beneficio de servicios de guardería Sí

Beneficio de educación de los Hijos..... Sí

Beneficio de Educación para el Cónyuge Sí

Beneficio por Agresión Física en el Lugar de Trabajo Sí

Beneficio por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Sí

Beneficio de Continuidad según COBRA..... Sí

Beneficio de Gastos de Repatriación Sí

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Programa de Pérdidas Cubiertas del Seguro Voluntario de Muerte Accidental y Desmembramiento

Todas las cantidades se indican como porcentajes de la Cantidad Total.

Pérdidas cubiertas

Muerte	100%
Pérdida permanente de una mano amputada a la altura o por encima de la muñeca, pero por debajo del codo	50%
Pérdida permanente de un pie amputado a la altura o por encima del tobillo, pero por debajo de la rodilla	50%
Pérdida permanente de un brazo amputado a la altura o por encima del codo	75%
Pérdida permanente de una pierna amputada a la altura o por encima de la rodilla	75%
Pérdida de la vista en un ojo	50%

Pérdida de la vista significa pérdida permanente e incorregible de la vista en un ojo. La agudeza visual debe ser 20/200 o menos en el ojo, o el campo visual debe ser inferior a 20 grados.

Pérdida, en cualquier combinación, de una mano, un pie o la vista de un ojo, como se define arriba.....	100%
Pérdida del pulgar y el índice de la misma mano	25%

La pérdida del pulgar y el índice de la misma mano significa que el pulgar y el índice quedaron permanentemente cortados en o por encima de la tercera falange contada desde la punta del índice y la segunda contada desde la punta del pulgar.

Pérdida del habla y pérdida de la audición	100%
Pérdida del habla o pérdida de la audición	50%

Pérdida del habla significa la pérdida total e irrecuperable del habla que continúa durante 6 meses consecutivos después de la lesión accidental.

Pérdida de la audición significa la pérdida total e irrecuperable de la audición en ambos oídos que continúa durante 6 meses consecutivos después de la lesión accidental.

Parálisis de los dos brazos y las dos piernas	100%
Parálisis de las dos piernas.....	50%
Parálisis de un brazo y una pierna de uno de los lados del cuerpo.....	50%
Parálisis de un brazo o una pierna.....	25%

Parálisis significa pérdida del uso de una extremidad, sin amputación. Un médico debe determinar que la parálisis es permanente, total e irreversible.

Daño cerebral	100%
---------------------	------

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa la incapacidad total de hacer todas las funciones y actividades importantes y pertinentes normales de la vida diaria. El daño se debe presentar en un plazo de 30 días después de la lesión accidental. Debe ser necesaria una hospitalización de al menos 5 días y continuar durante 12 meses consecutivos después de la fecha de la lesión accidental.

Coma Por un máximo de 12 meses: 5% cada mes a partir del 7.º día del estado de Coma, para lo que dure el Coma hasta 11 meses, seguidos por el 45% en el 12.º mes.

Coma significa un estado de inconsciencia profunda y total del que la persona comatosa no puede despertar. Ese estado debe empezar en un plazo de 30 días después de la lesión accidental y continuar durante 7 días consecutivos.

Quemaduras de tercer grado Un porcentaje de la cantidad total igual al porcentaje de la superficie del cuerpo con quemaduras de tercer grado

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) para Sus Dependientes

Cantidad total del AD&D Voluntario

El Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental es un Seguro Elegible para la Portabilidad

Cónyuge Solamente Una cantidad igual al 60% de su Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental

Para cada uno de sus Hijos

Solo para los Hijos Una cantidad igual al 20% de Su Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental por cada Hijo

Cantidad Total del Máximo por Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental del Cónyuge \$300,000

Cantidad Total del Máximo por Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental de los Hijos \$150,000

Otros Beneficios:

Beneficio de Cinturón de Seguridad Sí

Beneficio por uso de bolsas de aire Sí

Beneficio de servicios de guardería Sí

Beneficio de educación de los Hijos Sí

Beneficio de Educación para el Cónyuge Sí

Beneficio por Agresión Física en el Lugar de Trabajo NINGUNO

Beneficio por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) NINGUNO

Beneficio de Continuidad según COBRA NINGUNO

Beneficio de Gastos de Repatriación Sí

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Tabla de Pérdidas Cubiertas del Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental

Todas las cantidades se indican como porcentajes de la Cantidad Total.

Pérdidas cubiertas

Muerte	100%
Pérdida permanente de una mano amputada a la altura o por encima de la muñeca, pero por debajo del codo	50%
Pérdida permanente de un pie amputado a la altura o por encima del tobillo, pero por debajo de la rodilla	50%
Pérdida permanente de un brazo amputado a la altura o por encima del codo.....	75%
Pérdida permanente de una pierna amputada a la altura o por encima de la rodilla.....	75%
Pérdida de la vista en un ojo	50%

Pérdida de la vista significa pérdida permanente e incorregible de la vista en un ojo. La agudeza visual debe ser 20/200 o menos en el ojo, o el campo visual debe ser inferior a 20 grados.

Pérdida, en cualquier combinación, de una mano, un pie o la vista de un ojo, como se define arriba	100%
Pérdida del pulgar y el índice de la misma mano.....	25%

La pérdida del pulgar y el índice de la misma mano significa que el pulgar y el índice quedaron permanentemente cortados en o por encima de la tercera falange contada desde la punta del índice y la segunda contada desde la punta del pulgar.

Pérdida del habla y pérdida de la audición.....	100%
Pérdida del habla o pérdida de la audición.....	50%

Pérdida del habla significa la pérdida total e irrecuperable del habla que continúa durante 6 meses consecutivos después de la lesión accidental.

Pérdida de la audición significa la pérdida total e irrecuperable de la audición en ambos oídos que continúa durante 6 meses consecutivos después de la lesión accidental.

Parálisis de los dos brazos y las dos piernas	100%
Parálisis de las dos piernas	50%
Parálisis de un brazo y una pierna de uno de los lados del cuerpo	50%
Parálisis de un brazo o una pierna	25%

Parálisis significa pérdida del uso de una extremidad, sin amputación. Un médico debe determinar que la parálisis es permanente, total e irreversible.

Daño cerebral	100%
---------------------	------

Daño cerebral significa daño físico permanente e irreversible al cerebro que causa la incapacidad total de hacer todas las funciones y actividades importantes y pertinentes normales de la vida diaria. El daño se debe presentar en un plazo de 30 días después de la lesión accidental. Debe ser necesaria una hospitalización de al menos 5 días y continuar durante 12 meses consecutivos después de la fecha de la lesión accidental.

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Coma.....	Por un máximo de 12 meses: 5% cada mes a partir del 7.º día del estado de Coma, para lo que dure el Coma hasta 11 meses, seguidos por el 45% en el 12.º mes.
-----------	--

Coma significa un estado de inconsciencia profunda y total del que la persona comatosa no puede despertar. Ese estado debe empezar en un plazo de 30 días después de la lesión accidental y continuar durante 7 días consecutivos.

Quemaduras de tercer grado.....	Un porcentaje de la cantidad total igual al porcentaje de la superficie del cuerpo con quemaduras de tercer grado
---------------------------------	---

Seguro AD&D Elegible para la Portabilidad

Seguro AD&D para usted:

Seguro por AD&D elegible para portabilidad para usted:

Cantidad mínima del Seguro por AD&D elegible para portabilidad \$10,000

Cantidad máxima del Seguro por AD&D elegible para portabilidad Lo que sea menor entre la cantidad total de Su seguro por AD&D en la fecha en que elija portar la cobertura o \$2,000,000

Si finaliza su Seguro Elegible para Portabilidad porque se termina la Póliza Colectiva o por la enmienda para cancelar el Seguro Elegible para Portabilidad para una clase elegible de la que usted es miembro, la cantidad máxima del seguro que usted puede transferir es la que sea menor entre:

- la cantidad del Seguro Elegible para Portabilidad que se termina según la Póliza Colectiva menos la cantidad del seguro AD&D para la que usted se vuelve elegible según cualquier póliza colectiva emitida para reemplazar esta Póliza Colectiva; o
- \$10,000.

Seguro AD&D para su Cónyuge:

Seguro AD&D del Cónyuge Dependiente elegible para la portabilidad:

Cantidad Mínima
Cantidad del Seguro AD&D del Cónyuge Dependiente \$2,500 (\$10,000 si se transfiere solo el Seguro AD&D del cónyuge dependiente)

Cantidad Máxima
Cantidad del Seguro AD&D del Cónyuge Dependiente La que sea menor entre la cantidad total del Seguro de AD&D del Cónyuge Dependiente vigente en la fecha en que elija transferir la cobertura o \$250,000

CUADRO DE BENEFICIOS (continúa)

Si finaliza su Seguro Elegible para Portabilidad o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad se termina porque la Póliza Colectiva se termina, o por la enmienda de la Póliza Colectiva para cancelar el Seguro Elegible para Portabilidad, o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad para una clase elegible de la que usted es miembro, la cantidad máxima del seguro que puede transferir es la que sea menor entre:

- la cantidad de su Seguro Elegible para Portabilidad o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad que finaliza según la Póliza Colectiva, menos la cantidad del seguro de AD&D para la que usted sea elegible según cualquier póliza colectiva emitida para reemplazar esta Póliza Colectiva; o
- \$10,000.

Seguro AD&D para sus Hijos:

Seguro de AD&D para sus Hijos Dependientes Elegible para Portabilidad:

Mínimo de AD&D para Hijos Dependientes Elegible para Portabilidad
Cantidad del Seguro \$1,000

Máximo de AD&D para Hijos Dependientes Elegible para Portabilidad
Cantidad del Seguro El del total de Su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de su Hijo Dependiente en vigor a la fecha en la que usted elige la Portabilidad o \$25,000.

Si finaliza su Seguro Elegible para Portabilidad o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad se termina porque la Póliza Colectiva se termina, o por la enmienda de la Póliza Colectiva para cancelar el Seguro Elegible para Portabilidad, o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad para una clase elegible de la que usted es miembro, la cantidad máxima del seguro que puede transferir es la que sea menor entre:

- la cantidad de su Seguro Elegible para Portabilidad o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad que finaliza según la Póliza Colectiva, menos la cantidad del seguro de AD&D para el que usted sea elegible según cualquier póliza colectiva emitida para reemplazar esta Póliza Colectiva; o
- \$10,000.

DEFINICIONES

Cuando se usen en este certificado, los términos de abajo tendrán el significado que aquí se establece. Cuando en el certificado se usan términos definidos, aparecen con letra inicial mayúscula. Los términos en plural ya definidos en singular comparten el mismo significado.

Trabajando activamente o trabajo activo se refiere a que usted está haciendo todas las tareas normales y habituales de su empleo. Esto se debe hacer en:

- La sede del negocio del empleador del lugar de trabajo;
- Otro lugar autorizado por el empleador del lugar de trabajo; o
- Un lugar al que el negocio del empleador del lugar de trabajo necesite que usted viaje.

Se lo considerará en trabajo activo durante los fines de semana o las vacaciones autorizadas por el empleador del lugar de trabajo, durante los feriados o los días en que cierre la empresa si estuvo en trabajo activo el último día de trabajo programado antes de que empezara ese período de descanso.

Los Ingresos Básicos Anuales son sus ingresos básicos anuales más las comisiones del año anterior.

Beneficiario se refiere a las personas a las que les pagaremos el seguro según se determine en la sección de DISPOSICIONES GENERALES.

Hijo significa lo siguiente: (para residentes de Luisiana, Montana, Nuevo Hampshire, Nuevo México, Texas, Utah y Washington, la definición de Hijo se modifica como se explica en las páginas de aviso de este certificado: consulte el Aviso)

Su hijo natural, hijo adoptivo (incluyendo un hijo desde la fecha de ubicación con los padres adoptivos hasta la adopción legal) o hijastro (incluyendo el hijo de una pareja doméstica); y que, en cada caso, sea menor de 26 años y usted lo mantenga.

A los efectos de determinar quién puede quedar cubierto por el seguro, el término no incluye a ninguna persona que esté en servicio activo en el ejército de cualquier país o autoridad internacional; sin embargo, el servicio activo para estos fines no incluye el entrenamiento de fin de semana ni de verano de las fuerzas de reserva de los Estados Unidos, incluyendo la Guardia Nacional.

Transporte Público se refiere a una entidad regulada por el gobierno, que está en el negocio de transportar pasajeros que pagan una tarifa.

El término no incluye:

- transporte alquilado u otro transporte coordinado de forma privada;
- taxis; ni
- limosinas.

Seguro contributivo se refiere al seguro para el que el Titular de la Póliza necesita que usted pague alguna parte de la prima.

El Seguro Contributivo incluye: Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental.

Dependientes significa su cónyuge o Hijo.

DEFINICIONES (continúa)

Pareja doméstica se refiere a cada una de dos personas, una de las cuales es empleada del empleador lugar de trabajo, que:

- tienen registrada a la otra persona como su pareja doméstica, pareja de unión civil o beneficiario recíproco con alguna agencia del gobierno en la que esté disponible dicho registro; o
- son del mismo sexo o de sexo opuesto y tienen una relación mutuamente dependiente de manera que cada una tiene un interés asegurable en la vida de la otra. Cada persona debe:
 1. ser mayor de 18 años;
 2. ser soltera;
 3. ser la única pareja doméstica de la otra persona y que lo haya sido durante los 6 meses inmediatamente anteriores;
 4. compartir una residencia principal con la otra persona y que lo haya hecho durante los 6 meses inmediatamente anteriores; y
 5. no tener ninguna relación con la otra que podría prohibir su matrimonio en la jurisdicción en la que viven.

El empleado debe completar y firmar una declaración de pareja doméstica que confirme que hay un interés asegurable en las vidas de ambos.

Médico se refiere a:

- una persona autorizada para practicar medicina en la jurisdicción donde esos servicios se prestan; o
- cualquier otra persona cuyos servicios, según las leyes correspondientes, se deben considerar como servicios médicos para fines de la Póliza Colectiva. Cada una de estas personas debe estar autorizada en la jurisdicción donde presta los servicios y debe actuar dentro de lo que le permita dicha autorización. Dicha persona también debe estar certificada o registrada si así lo exige dicha jurisdicción.

El término no incluye:

- a usted;
- a su Cónyuge; ni
- a ningún miembro de su familia inmediata, incluyéndolo a usted o a estos familiares de su Cónyuge:
 - padres,
 - hijos (hijos biológicos, hijastros o hijos adoptados),
 - hermanos,
 - abuelos, ni
 - nietos.

Prueba se refiere a la evidencia por escrito que sea satisfactoria para nosotros de que una persona ha cumplido las condiciones y requisitos para recibir cualquier beneficio descrito en este certificado. Cuando se hace el reclamo de cualquier beneficio descrito en este certificado, la Prueba debe establecer:

- la naturaleza y alcance de la pérdida o de la condición;
- nuestra obligación de pagar el reclamo; y
- el derecho del reclamante de recibir el pago.

El reclamante debe proporcionar la Prueba por su cuenta.

Firmado se refiere a cualquier símbolo o método que ejecute o adopte una persona con la intención de autenticar un registro, que esté o se transmita en papel o por medios electrónicos, que nosotros aceptemos y que concuerde con las leyes vigentes.

DEFINICIONES (continúa)

Cónyuge se refiere a su cónyuge legal. Siempre que aparezca el término “cónyuge” en el certificado, a menos que se especifique algo distinto, debe leerse de modo que incluya a su pareja doméstica.

A los efectos de determinar quién puede quedar cubierto por el seguro, el término no incluye a ninguna persona que esté en servicio activo en el ejército de cualquier país o autoridad internacional; sin embargo, el servicio activo a estos efectos no incluye el entrenamiento de fin de semana o de verano de las fuerzas de reserva de los Estados Unidos, incluyendo la Guardia Nacional.

Nosotros, nos y nuestro significan MetLife.

Por escrito o escrito se refiere a un registro que esté o se transmita en papel o por medios electrónicos, que sea aceptable para nosotros y que sea coherente con las leyes vigentes.

Usted y su/suyo se refiere a un empleado que está asegurado bajo la Póliza Colectiva del seguro descrito en este certificado.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED

CLASES ELEGIBLES

Todos los empleados del Titular de la póliza activamente trabajando al menos 15 horas por semana, excluyendo a los empleados temporales o estacionales, y excluyendo a los empleados del lugar de trabajo que no reciben un sueldo ni un salario por hora para calcular los beneficios.

FECHA EN QUE USTED ES ELEGIBLE PARA EL SEGURO

Solo puede ser elegible para el seguro disponible para su clase elegible como se muestra en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Si usted está en una clase elegible el 1 de junio de 2024, será elegible para el seguro descrito en este certificado en esa fecha.

Si usted ingresa en una clase elegible después del 1 de junio de 2024, será elegible para el seguro el primer día del mes siguiente a la fecha en que ingrese en esa clase.

PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Si usted es elegible para el seguro, se puede inscribir para ese seguro completando el formulario necesario. Si se inscribe en un Seguro Contributivo, también debe autorizar por escrito al Titular de la Póliza para que deduzca las primas de ese seguro de Su salario. El Titular de la Póliza lo informará de cuánto tiene que aportar.

FECHA EN QUE SU SEGURO ENTRA EN VIGOR

Reglas del Seguro contributivo

Si usted completa el proceso de inscripción para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental, ese seguro entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción del formulario requerido, siempre y cuando usted esté Trabajando activamente en esa fecha.

Si no está trabajando activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted vuelva a trabajar activamente.

Inscripción debido a un evento que hace que califique

Usted puede inscribirse en el seguro para el que es elegible o cambiar la cantidad de Su seguro si tiene un Evento Calificado.

Un **evento que hace que califique** incluye:

- matrimonio;
- nacimiento, adopción o entrega en adopción de un hijo dependiente;
- divorcio, separación legal o anulación;
- muerte de un dependiente; o
- cambio en su situación laboral o en la de su dependiente, como el inicio o el fin del empleo, una huelga, un cierre patronal, tomar o terminar un permiso de ausencia, cambios en el lugar o en el horario de trabajo, si hace que usted o su dependiente ganen o pierdan la elegibilidad para la cobertura de grupo.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED (continúa)

Si tiene un evento que hace que califique, tendrá 60 días desde la fecha de ese cambio para hacer una solicitud. Esta solicitud debe ser coherente con la naturaleza del evento que hace que califique. El seguro contratado o cambios en Su seguro hechos como consecuencia de un Evento Calificado surtirán efecto el primer día del mes después de la fecha de Su solicitud si está Trabajando activamente en esa fecha. Usted no está obligado a presentar evidencia de asegurabilidad para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental.

Si no está trabajando activamente para esa fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted regrese al trabajo activo.

Aumento en el Seguro

Un aumento en el seguro debido a una solicitud de incremento en el seguro tendrá efecto en la fecha de Su solicitud.

Si no está trabajando activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted vuelva a trabajar activamente.

Disminución en el Seguro

Si usted solicita por escrito la reducción de Su seguro, esa reducción entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

FECHA EN QUE TERMINA EL SEGURO

El seguro terminará en lo que ocurra primero entre:

1. la fecha en que se termina la Póliza Colectiva;
2. la fecha en que se termina el seguro para su clase;
3. al final del período para el que se haya pagado la última prima para usted;
4. la fecha de finalización de Su empleo; Su empleo finalizará si deja de Trabajar activamente en cualquier clase elegible, salvo lo indicado en la sección titulada CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA; o
5. la fecha en que se jubila según el plan de jubilación del empleador del lugar de trabajo.

En algunos casos, el seguro podría continuar como se describe en la sección CONTINUACIÓN DEL SEGURO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES

CLASES ELEGIBLES PARA SEGUROS DEPENDIENTES

Todos los empleados del Titular de la póliza activamente trabajando al menos 15 horas por semana, excluyendo a los empleados temporales o estacionales, y excluyendo a los empleados del lugar de trabajo que no reciben un sueldo ni un salario por hora para calcular los beneficios.

FECHA EN LA QUE USTED ES ELEGIBLE PARA EL SEGURO DEPENDIENTE

Solo puede ser elegible para el seguro para Dependientes disponible para su clase elegible según se muestra en la CUADRO DE BENEFICIOS.

Podrá ser elegible para el seguro Dependiente descrito en este certificado en la fecha que llegue después entre:

1. el 1 de junio de 2024;
2. el primer día del mes natural siguiente a la fecha en que usted ingrese en una clase elegible para ser asegurado; y
3. la fecha en la que obtiene un dependiente.

PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Si usted es elegible para el seguro de dependientes, puede inscribirse para dicho seguro completando el formulario obligatorio. Si se inscribe en un Seguro con aportaciones, también debe autorizar por escrito al titular de la póliza para que deduzca las primas de dicho seguro de Su salario. El titular de la póliza lo informará de cuánto tiene que aportar.

Una vez que haya inscrito a un hijo en el beneficio del seguro de Dependientes, cada uno de los siguientes hijos quedará cubierto automáticamente por ese seguro en la fecha en que ese hijo califique como dependiente.

FECHA EN LA QUE EL SEGURO ENTRA EN VIGOR PARA SUS DEPENDIENTES

Normas del Seguro con aportaciones para Dependientes

Para las Personas Dependientes que tenga cuando sea Elegible para el Seguro de Personas Dependientes

Si usted completa el proceso de inscripción para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes antes de la fecha en que usted sea elegible, ese seguro entrará en vigor para cada Dependiente inscrito el primer día del mes siguiente a la recepción del formulario requerido, siempre y cuando usted esté Trabajando activamente en esa fecha.

Si no está trabajando activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted vuelva a trabajar activamente.

Para las Personas Dependientes que tenga después de ser Elegible para el Seguro de Personas Dependientes

Si tiene un dependiente después de ser elegible para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes, podrá inscribir al dependiente en ese seguro después de la fecha en que califique como dependiente según se define en este certificado. El seguro para el dependiente entrará en vigor:

- en lo que ocurra último entre:
 - las fechas en la que usted sea elegible para ese seguro; y
 - la fecha en que se inscriba;

siempre y cuando usted esté Trabajando activamente en esa fecha.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES (continúa)

Una vez que haya inscrito a un hijo en el beneficio del seguro de Dependientes, cada uno de los siguientes hijos quedará cubierto automáticamente por ese seguro en la fecha en que ese hijo califique como dependiente.

Si usted no está Trabajando activamente en la fecha en que el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted vuelva a Trabajar activamente.

Inscripción debido a un evento que hace que califique

Usted puede inscribirse en el seguro para Personas Dependientes para el que es elegible o cambiar la cantidad de Su seguro para Personas Dependientes si tiene un Evento Calificado.

Un **evento que hace que califique** incluye:

- matrimonio;
- nacimiento, adopción o entrega en adopción de un hijo dependiente;
- divorcio, separación legal o anulación;
- muerte de un dependiente; o
- cambio en su situación laboral o en la de su dependiente, como el inicio o el fin del empleo, una huelga, un cierre patronal, tomar o terminar un permiso de ausencia, cambios en el lugar o en el horario de trabajo, si hace que usted o su dependiente ganen o pierdan la elegibilidad para la cobertura de grupo.

Si tiene un evento que hace que califique, tendrá 60 días desde la fecha de ese cambio para hacer una solicitud. Esta solicitud debe ser coherente con la naturaleza del evento que hace que califique. El seguro suscrito o los cambios hechos en Su seguro como consecuencia de un Evento Calificado entrarán en vigor para cada Dependiente inscrito el primer día del mes siguiente a la fecha de Su solicitud, si está Trabajando activamente en esa fecha. El dependiente no está obligado a presentar evidencia de asegurabilidad para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental del dependiente.

Una vez que haya inscrito a un hijo en el beneficio del seguro de Dependientes, cada uno de los siguientes hijos quedará cubierto automáticamente por ese seguro en la fecha en que ese hijo califique como dependiente.

Si no está Trabajando activamente en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro entrará en vigor el día en que usted vuelva a Trabajar activamente.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES

FECHA DE FINALIZACIÓN DEL SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES

El seguro de Dependientes finalizará en la fecha que suceda antes entre:

1. Para el Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento de Dependientes, la fecha en que finalice todo su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental según la Póliza Colectiva.
2. La fecha de Su muerte.
3. La fecha en que se termina la Póliza Colectiva.
4. La fecha en que finaliza su Seguro de Dependientes según la Póliza Colectiva.
5. La fecha en que finaliza el Seguro de Dependientes de su clase.
6. La fecha en que la persona deja de ser dependiente; excepto el hijo que alcanza la edad máxima, en cuyo caso el seguro finalizará el último día del mes calendario.
7. La fecha en que finalice su empleo; Su empleo finalizará si deja de Trabajar activamente en cualquier clase elegible, salvo lo indicado en la sección titulada CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA.
8. Para los residentes de Utah, con respecto al Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental, el último día del mes calendario en que el Hijo deja de ser Dependiente.
9. La fecha en que usted se jubile según el plan de jubilación del empleador del lugar de trabajo.
10. Para un hijo que haya superado el límite de edad y que, por lo demás, tenga derecho a la **CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON EL PAGO DE LA PRIMA: para la subsección de hijos con discapacidades mentales o físicas, en la fecha en que el niño contraiga matrimonio.**
11. El final del período por el que se ha pagado la última prima para el dependiente.

En algunos casos, el seguro podría continuar como se describe en la sección CONTINUACIÓN DEL SEGURO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA.

REGLAS ESPECIALES PARA LOS GRUPOS PREVIAMENTE CUBIERTOS SEGÚN OTRO SEGURO COLECTIVO DE AD&D

Las siguientes reglas se aplicarán si el Seguro de AD&D según esta Póliza Colectiva reemplaza otro seguro de AD&D grupal que su empleador del lugar de trabajo le dio a usted, cuando el reemplazo resulta del establecimiento de una relación de coempleo de su empleador con el Titular de la Póliza.

Plan anterior significa el seguro colectivo de AD&D suscrito por otra aseguradora y que le dio a usted su empleador en el lugar de trabajo el día anterior a la Fecha de Sustitución.

Fecha de Sustitución significa la fecha de entrada en vigor del Seguro AD&D según esta Póliza Colectiva.

Reglas si usted o usted y Sus Dependientes estuvieran cubiertos por el Plan anterior el día anterior a la Fecha de Reemplazo:

1. **Si está en Trabajo activo en la Fecha de Reemplazo:** si usted o usted y Sus Dependientes tienen cobertura de un Plan Anterior el día antes de la Fecha de Reemplazo y usted está en trabajo activo en una clase elegible en la Fecha de Reemplazo, usted queda asegurado según esta Póliza Colectiva por la cantidad del Seguro AD&D indicada como Cobertura para Empleados Activos. La cantidad de la Cobertura para Empleados Activos en la Fecha de Reemplazo será la cantidad del Seguro de Vida descrita en el CUADRO DE BENEFICIOS.
2. **Si no está en trabajo activo en la Fecha de Reemplazo:** si usted o usted y Sus Dependientes tienen cobertura de un Plan Anterior el día antes de la Fecha de Reemplazo y usted no está en Trabajo activo en la Fecha de Reemplazo, pero sí sería miembro de una clase elegible si estuviera en Trabajo activo en la Fecha de Reemplazo, usted queda asegurado según esta Póliza Colectiva por la cantidad del Seguro AD&D indicada como Cobertura de Transición. La cantidad de la Cobertura de Transición en la Fecha de Reemplazo será la que sea menor entre:
 - la cantidad del seguro de AD&D de grupo en vigor según el Plan Anterior; y
 - la cantidad del Seguro AD&D disponible según esta Póliza Colectiva para la clase elegible a la que usted pertenece.

Mientras que la Cobertura de Transición esté vigente, la cantidad de cobertura continuará determinándose según las disposiciones del plan usadas para determinar la cantidad de la Cobertura de Transición en la Fecha de Reemplazo.

Si no está en trabajo activo en la Fecha de Reemplazo debido a una discapacidad, la Cobertura de Transición permanecerá vigente hasta la Fecha de Reemplazo y después de esta según lo que ocurra primero entre:

- la fecha en que regresa al trabajo activo como miembro de una clase elegible, momento en el que la Cobertura para Empleados Activos reemplazará la Cobertura de Transición;
- la fecha en que el Seguro AD&D se terminaría según los términos y condiciones de este certificado;
- la fecha en que su Seguro AD&D según el Plan Anterior se habría terminado por cualquier motivo que no sea la terminación del Plan Anterior;
- la fecha en que le autorizan una extensión del Seguro AD&D sin pago de prima según los términos del Plan Anterior; y
- si el Plan Anterior autoriza la extensión del Seguro AD&D sin pago de prima durante un período de discapacidad, el último día del período de 12 meses después de la Fecha de Reemplazo.

NORMAS ESPECIALES PARA LOS GRUPOS PREVIAMENTE CUBIERTOS SEGÚN OTRO SEGURO COLECTIVO DE AD&D (continúa)

En cualquier otro caso en el que usted no esté en trabajo activo en la Fecha de Reemplazo, la Cobertura de Transición permanecerá vigente hasta la Fecha de Reemplazo y después de esta según lo que ocurra primero entre:

- la fecha en que regresa al trabajo activo como miembro de una clase elegible, momento en el que la Cobertura para Empleados Activos reemplazará la Cobertura de Transición; y
- la fecha en que el Seguro AD&D se terminaría según los términos y condiciones de este certificado.

Reglas si usted o usted y sus Dependientes NO estuvieran cubiertos por el Plan Anterior el día anterior a la fecha de sustitución:

1. Usted será elegible para el Seguro AD&D según esta Póliza Colectiva cuando cumpla los requisitos de elegibilidad para dicho seguro como se describe en las DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED y DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO DE SUS DEPENDIENTES; y
2. Acreditaremos cualquier período acumulado a favor de cualquier período de espera de elegibilidad según el Plan Anterior hasta cumplir cualquier Período de espera de elegibilidad que sea necesario cubrir según este Seguro AD&D.

CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA

PARA HIJOS CON DISCAPACIDADES MENTALES O FÍSICAS

El seguro para un Hijo Dependiente puede continuar más allá del límite de edad si el hijo es incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad mental o física, tal como se define en la legislación aplicable. La prueba de dicha discapacidad se nos debe enviar a nosotros dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que el hijo alcance el límite de edad y a intervalos razonables después de dicha fecha.

Sin perjuicio de la FECHA EN QUE TERMINA SU SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES, en la subsección titulada DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES, el seguro continuará mientras dicho hijo:

- siga siendo incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad mental o física; y
- siga calificando como Niño, excepto en el límite de edad.

PARA PERMISOS DE AUSENCIA POR MOTIVOS FAMILIARES Y MÉDICOS

Ciertos permisos podrían calificar para la continuación del seguro según la Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA), u otros permisos para faltar al trabajo establecidos legalmente o leyes parecidas. Comuníquese con el empleador del lugar de trabajo para obtener información sobre las leyes de permisos de ausencia legalmente autorizados.

PORTABILIDAD A SU ELECCIÓN:

Para Seguro Voluntario de Muerte y Desmembramiento Accidental

Si su Seguro Elegible para Portabilidad o su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad finaliza por cualquiera de las razones indicadas abajo, usted tiene la opción de continuar ese seguro según otra póliza colectiva según las condiciones y los requisitos de esta sección. Esto se conoce como portabilidad. No se le pedirá evidencia de asegurabilidad.

Para fines de esta subsección, el término “Seguro Elegible para Portabilidad” se refiere a los beneficios de su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental para los que el Seguro Elegible para Portabilidad se muestra como disponible en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Si el Seguro para sus Dependientes está en vigor, el término “Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad” se refiere a su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental para sus Dependientes para el que el Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad se muestra como disponible en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Cuando la portabilidad es una opción

Solo puede aplicar la portabilidad si lo pide por escrito durante el período de solicitud especificado abajo.

1. Usted puede optar por transferir si el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental Elegible para Portabilidad o el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad finalizan porque:
 - usted se jubila del servicio activo con el empleador;
 - su empleo se termina por algún otro motivo que no sea la jubilación;
 - usted deja de estar en una clase que sea elegible para ese seguro;
 - la Póliza se modifica para poner fin al Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental Elegible para Portabilidad o al Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad, a menos que estos seguros se sustituyan por un seguro similar según otra póliza de seguro colectivo que se emita al Titular de la Póliza o a su sucesor; o
 - esta Póliza se ha terminado, a menos que el seguro se reemplace con un seguro similar según otra póliza colectiva emitida al Titular de la Póliza o a su sucesor.

CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA (continúa)

2. Puede transferir la cantidad reducida del seguro si su Seguro Elegible para Portabilidad se reduce por:
 - una enmienda al plan que afecte a la cantidad del seguro para su clase.
3. Su cónyuge dependiente anterior puede optar por la transferencia si su Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad en su propia vida termina porque:
 - usted muere; o
 - su matrimonio termina con un divorcio o una anulación; o
 - su relación de pareja doméstica, unión civil o beneficiario recíproco finaliza,siempre que la persona que era su cónyuge dependiente cumpla la subsección de requisitos adicionales de las DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD; SEGURO PARA SUS DEPENDIENTES.
4. Su cónyuge dependiente anterior también puede transferir el Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad de su hijo dependiente si su cónyuge dependiente anterior transfiere el seguro sobre su propia vida. Si la persona que era su cónyuge dependiente transfiere ese seguro para ese hijo dependiente, esto no tendrá ningún efecto sobre el seguro que usted pueda tener para ese hijo dependiente.
5. Su hijo que ya no es dependiente puede solicitar que se transfiera el Seguro de Dependientes Elegible para Portabilidad sobre su propia vida si ese seguro termina porque su hijo que era dependiente ya no cumple la definición de hijo.

Si se hace una solicitud según esta subsección, emitiremos un certificado nuevo de seguro que explicará los beneficios nuevos del seguro. Los beneficios del seguro en el certificado nuevo podrían no ser los mismos que los que se terminaron según esta Póliza.

Se puede hacer una solicitud según esta subsección si en la fecha en que finalizó se cumplen los siguientes requisitos:

- la Póliza Colectiva está vigente;
- la persona que hace la solicitud vive en una jurisdicción que permite esta característica de Portabilidad.

Período de solicitud

Para que usted o alguien que ya no es dependiente puedan hacer la transferencia, debemos recibir un formulario de solicitud completado en el período de solicitud que se describe abajo.

Si se entrega un aviso por escrito de la opción de portabilidad en un plazo de 15 días antes o después de la fecha en que termine el seguro, el período de solicitud:

- empieza en la fecha en que se termina el seguro; y
- se vence 60 días después de la fecha.

Si se entrega un aviso por escrito de la opción de Portabilidad más de 15 días después, pero en un plazo de 91 días desde la fecha en que se termina ese seguro, el Período de Solicitud:

- empieza en la fecha en que se termina el seguro; y
- se vence 60 días después de la fecha del aviso.

Si no se entrega aviso por escrito de la opción de Portabilidad en un plazo de 91 días desde la fecha en que ese seguro se termina, el Período de Solicitud:

- empieza en la fecha en que se termina el seguro; y
- se vence cuando se termine el período de 91 días.

Cantidad del nuevo certificado

La cantidad del Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental transferida para que usted y sus dependientes puedan tener continuidad se muestra en el CUADRO DE BENEFICIOS. Sin embargo, en el momento de adquirir la cobertura, usted podría cambiar la cantidad del Seguro Elegible para Portabilidad en las siguientes circunstancias:

CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA (continúa)

Aumento en la cantidad

Para el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental Elegible para Portabilidad

En el momento de transferir, usted puede aumentar la cantidad de su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental Elegible para Portabilidad. Esto se puede hacer en incrementos de \$25,000, hasta una cantidad máxima transferida de \$2,000,000. El aumento entrará en vigor en la fecha que nosotros establezcamos por escrito.

Aumento de la cantidad del cónyuge dependiente

Para el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad

En el momento de transferir, se podrá aumentar la cantidad del Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad de su cónyuge (o cónyuge dependiente anterior). Esto se puede hacer en incrementos de \$25,000, hasta una cantidad máxima transferida de \$250,000. El aumento entrará en vigor en la fecha que nosotros establezcamos por escrito.

Aumento de la cantidad por hijo dependiente

Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad

En el momento de transferir, se podrá aumentar \$25,000 la cantidad del Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental de Dependientes Elegible para Portabilidad de su hijo que era dependiente. El aumento entrará en vigor en la fecha que nosotros establezcamos por escrito.

Usted o sus dependientes disminuyen la cantidad

Si recibimos una solicitud para disminuir la cantidad del seguro, dicha disminución entrará en vigor en la fecha que establezcamos por escrito.

Primas para el nuevo certificado

Las primas nos las deben pagar directamente a nosotros. Cuando emitimos el certificado nuevo, también le damos una lista de las primas e instrucciones de pago.

No es necesario que presente evidencia de asegurabilidad para transferir la cantidad existente de su Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental Elegible para Portabilidad. Sin embargo, para calificar para una tarifa de prima más baja, puede darnos evidencia de asegurabilidad por su cuenta que sea satisfactoria para nosotros. Si determinamos que la evidencia es satisfactoria, le avisaremos que se le aplicarán tarifas de prima más bajas.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

No se necesita evidencia de asegurabilidad para el seguro descrito en este certificado.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Si usted o un dependiente tiene una lesión accidental que es la causa directa y única de una pérdida cubierta descrita en el CUADRO DE BENEFICIOS, debe enviarnos Prueba de la lesión accidental y de la pérdida cubierta. Cuando recibamos dicha Prueba, revisaremos el reclamo y, si lo aprobamos, le pagaremos el seguro vigente en la fecha de la lesión.

Causa Directa y Única significa que la Pérdida Cubierta ocurre en un plazo de 12 meses desde la fecha de la lesión accidental y fue resultado directo de la lesión accidental, independiente de otras causas.

Consideraremos que una pérdida es el resultado directo de una lesión accidental se produce a causa de una exposición inevitable a los elementos y dicha exposición fue el resultado directo de un accidente.

PRESUNCIÓN DE MUERTE

Se presume que usted o un dependiente han muerto como consecuencia de una lesión accidental si:

- el avión u otro vehículo en el que viajaban usted o un dependiente desaparece, se hunde o naufraga; y
- no encuentran el cuerpo de la persona que desapareció en un plazo de 1 año después de:
 - la fecha en que la aeronave u otro vehículo tuviera programado llegar a su destino, si viajaba en una aeronave u otro vehículo operado por el Transporte Público; o
 - la fecha en que a la persona la reporten como desaparecida ante las autoridades, si viajaba en cualquier otra aeronave u otro vehículo.

EXCLUSIONES (consulte la página del aviso para residentes de Misuri)

No pagaremos los beneficios de esta sección por ninguna pérdida causada totalmente o en parte por:

1. Alguna enfermedad o dolencia física o mental, o el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad o dolencia.
2. Alguna infección, diferente de una que ocurre en una herida accidental externa o por intoxicación con alimentos.
3. Suicidio o intento de suicidio.
4. Lesión infligida por uno mismo intencionadamente.
5. Servicio en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional. Sin embargo, el servicio en las fuerzas de reserva no constituye servicio en las fuerzas armadas, a menos que, en relación con ese servicio de reserva, una persona esté en servicio militar activo, según lo determine la autoridad militar aplicable, que no sea el entrenamiento de fin de semana ni de verano. A efectos de esta disposición, "fuerzas de reserva" se define como las fuerzas de reserva de cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de cualquier otro país o autoridad internacional, incluyendo, entre otras, la Guardia Nacional de los Estados Unidos o la guardia nacional de cualquier otro país.
6. Cualquier incidente relacionado con:
 - viajar en una aeronave como piloto, miembro de la tripulación, estudiante de aviación o mientras desempeña otra función diferente de ser pasajero;
 - viajar en una aeronave para practicar paracaidismo o para salir de cualquier otra forma de dicha aeronave mientras esté volando;
 - practicar paracaidismo o salir de cualquier otra forma de una aeronave mientras esta esté volando, excepto si es para sobrevivir;
 - viajar en una aeronave o un dispositivo usados:
 - para hacer pruebas o para fines experimentales;
 - por o para cualquier autoridad militar; o
 - para viajar o diseñado para viajar fuera de la atmósfera terrestre.
7. Cometer o intentar cometer un delito grave.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

8. El consumo o uso voluntario por cualquier medio de:
 - cualquier droga, medicamento o sedante, a menos que:
 - se tome o se use como lo recete un Médico; o
 - sea una droga, un medicamento o un sedante “de venta libre” que se tome como se indique;
 - alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante; o
 - veneno, gas o humos tóxicos.
9. Guerra, declarada o no declarada, o acto de guerra, insurrección, rebelión, participación activa en un motín o acto terrorista.

Exclusión por embriaguez

No pagaremos los beneficios de esta sección por cualquier pérdida si la parte lesionada está en estado de embriaguez en el momento del incidente y es quien opera un vehículo u otro dispositivo implicado en el incidente.

Estado de embriaguez significa que el nivel de alcohol en la sangre de la persona lesionada cumple o se excede del nivel que crea una presunción legal de embriaguez según las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el incidente.

DESASTRE COMÚN

Si usted y su Cónyuge resultan lesionados en el mismo accidente y mueren en un plazo de 365 días como consecuencia de las lesiones sufridas en ese accidente, la Cantidad Total que pagaremos por la pérdida de vida de su cónyuge se incrementará hasta igualar la Cantidad Total que pagar por Su pérdida de vida.

PAGO DE BENEFICIOS

Si usted pierde la vida, le pagaremos beneficios a su Beneficiario.

Por cualquier otra pérdida sufrida por usted, o por cualquier pérdida sufrida por un dependiente, le pagaremos a usted los beneficios.

Si usted o un Dependiente tiene más de una Pérdida Cubierta por una lesión accidental, la cantidad que pagaremos, en nombre de la persona lesionada, no será mayor que la Cantidad Total.

Pagaremos los beneficios en un pago único. Si se pide, puede haber disponibles otros métodos de pago. Para obtener más información, llámenos gratis al número que aparece en la portada del certificado.

Si usted y cualquier Dependiente mueren en un período de 24 horas, le pagaremos el Seguro del Dependiente de muerte y desmembramiento accidentales al Beneficiario que reciba el pago de su Seguro de muerte y desmembramiento accidentales, incluyendo el pago de cualquier beneficio adicional, o podremos pagarle a su patrimonio. Si un Beneficiario es menor de edad o es incompetente para recibir el pago, le pagaremos al tutor de esa persona.

APLICABILIDAD DE LAS DISPOSICIONES

Las disposiciones establecidas en esta sección del SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL se aplican a todas las secciones de Otros Beneficios del Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental incluidas en este certificado, excepto si se establece algo diferente en dichas secciones de Otros Beneficios.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD

Si usted o un dependiente mueren como consecuencia de una lesión accidental, nosotros pagaremos este beneficio adicional de Uso del Cinturón de Seguridad si:

1. pagamos un beneficio por pérdida de la vida según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. este beneficio está vigente en la fecha de la lesión;
3. recibimos una Prueba de que la persona que murió:
 - se accidentó mientras conducía o viajaba como pasajera en un Vehículo de pasajeros;
 - tenía puesto adecuadamente el Cinturón de seguridad en el momento del accidente; y
 - murió como resultado de las lesiones que sufrió en el accidente.

Un oficial de policía que investigue el accidente deberá certificar que el Cinturón de seguridad estaba puesto adecuadamente. Debemos recibir una copia de esa certificación con el reclamo de los beneficios.

Vehículo de Pasajeros significa cualquier auto de pasajeros privado de cuatro ruedas y con registro válido, vehículo con tracción en las cuatro ruedas, vehículo deportivo utilitario, picop, miniván. No incluye ningún vehículo autorizado para uso comercial, ningún auto privado usado para fines comerciales ni ningún vehículo usado para carreras recreativas o profesionales.

Cinturón de Seguridad se refiere a cualquier dispositivo restrictivo que:

- cumple las normas de seguridad publicadas por el Gobierno de los Estados Unidos;
- está adecuadamente instalado por el fabricante del vehículo; y
- no se modificó después de la instalación.

El término incluye cualquier dispositivo restrictivo para niños que cumple los requisitos de la ley estatal.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

El beneficio por Uso del Cinturón de Seguridad es un beneficio adicional equivalente al 10% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS. Sin embargo, la cantidad que pagaremos por este beneficio no será menos de \$1,000 ni más de \$25,000.

PAGO DE BENEFICIOS

Si usted pierde la vida, le pagaremos beneficios a su Beneficiario.

Si se pierde la vida de un dependiente, le pagaremos los beneficios a usted.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: USO DE BOLSAS DE AIRE

Si usted o un dependiente mueren como consecuencia de una lesión accidental, pagaremos este beneficio adicional si:

1. pagamos un beneficio por pérdida de la vida según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. este beneficio está vigente en la fecha de la lesión; y
3. recibimos una Prueba de que la persona que murió:
 - se accidentó mientras conducía o viajaba como pasajera en un Vehículo de Pasajeros equipado con bolsas de aire;
 - iba en un asiento protegido por una Bolsa de Aire;
 - tenía puesto adecuadamente el Cinturón de Seguridad en el momento del accidente; y
 - murió como resultado de las lesiones que sufrió en el accidente.

Un oficial de policía que investigue el accidente deberá certificar que el Cinturón de seguridad estaba puesto adecuadamente y que el Vehículo de pasajeros en el que viajaba la persona que murió estaba equipado con bolsas de aire. Debemos recibir una copia de esa certificación con el reclamo de los beneficios.

Vehículo de Pasajeros significa cualquier auto de pasajeros privado de cuatro ruedas y con registro válido, vehículo con tracción en las cuatro ruedas, vehículo deportivo utilitario, picop, miniván. No incluye ningún vehículo autorizado para uso comercial, ningún auto privado usado para fines comerciales ni ningún vehículo usado para carreras recreativas o profesionales.

Cinturón de Seguridad se refiere a cualquier dispositivo restrictivo que:

- cumple las normas de seguridad publicadas por el Gobierno de los Estados Unidos;
- está adecuadamente instalado por el fabricante del vehículo; y
- no se modificó después de la instalación.

El término incluye cualquier dispositivo restrictivo para niños que cumple los requisitos de la ley estatal.

Bolsa de Aire significa un dispositivo restrictivo inflable que:

- cumple las normas de seguridad publicadas por el Gobierno de los Estados Unidos;
- está adecuadamente instalado por el fabricante del vehículo; y
- no se modificó después de la instalación.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

El Beneficio por Uso de Bolsa de Aire es un beneficio adicional equivalente al 10% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS. Sin embargo, la cantidad que pagaremos por este beneficio no será menor que \$1,000 ni mayor que \$25,000.

PAGO DE BENEFICIOS

Si usted pierde la vida, le pagaremos beneficios a su Beneficiario.

Si se pierde la vida de un dependiente, nosotros le pagaremos los beneficios a usted.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: CUIDADO INFANTIL

Si usted o su Cónyuge mueren como consecuencia de una lesión accidental, pagaremos este beneficio adicional por Cuidado Infantil si:

1. pagamos un beneficio por pérdida de la vida de esa persona en la sección de SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. este beneficio está vigente en la fecha de la lesión;
3. recibimos Prueba de que:
 - en la fecha de la muerte había un Hijo inscrito en un Centro de Cuidado Infantil; o
 - en un plazo de 12 meses después de la fecha de la muerte se inscribió a un Hijo en un Centro de Cuidado Infantil.

Centro de Cuidado Infantil se refiere a una instalación que:

- opera y está autorizada por las leyes de la jurisdicción en donde está situada; y
- presta servicios de cuidado y supervisión para niños en un entorno grupal, con un programa regular y diario.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Por cada Hijo que califica para recibir este beneficio, pagaremos una cantidad igual a los costos en los que se incurre en el Centro de Cuidado Infantil por un período de hasta 4 años consecutivos, que no se exceda de:

- un máximo anual de \$5,000; y
- una cantidad global máxima del 3% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Si tanto usted como su cónyuge mueren de manera que cada una de las muertes provoca el pago de un beneficio por un Hijo según este Beneficio Adicional, se aplicarán las siguientes reglas:

- El máximo anual será 2 veces la cantidad mencionada arriba.
- El máximo global será igual al porcentaje indicado aplicado a la suma de las cantidades totales que están en el CUADRO DE BENEFICIOS para usted y su cónyuge.
- En ningún caso la cantidad pagada en concepto de todos los beneficios de Cuidado Infantil superará la cantidad de los gastos de Cuidado Infantil incurridos.

No pagaremos por los costos del Centro de Cuidado Infantil incurridos después de la fecha en que el Hijo cumpla 13 años.

Es posible que necesitemos Pruebadela continuidad de la inscripción del hijo en un Centro de Cuidado Infantil durante el período para el que se reclama un beneficio.

PAGO DE BENEFICIOS

Pagaremos este beneficio trimestralmente cuando recibamos una Prueba de que los costos del centro de cuidado infantil ya se han pagado. Se lo pagaremos a la persona que paga los costos en nombre del Menor.

Si este beneficio está vigente en la fecha en que usted o su cónyuge mueren y no hay ningún Menor que podría calificar para recibirlo, le pagaremos \$1,000 a su Beneficiario en un pago único.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

Si usted o su cónyuge mueren como consecuencia de una lesión accidental, nosotros pagaremos este beneficio adicional de Educación Infantil si:

1. pagamos un beneficio por pérdida de la vida de dicha persona según la sección de SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. si este beneficio está vigente en la fecha de la lesión; y
3. si recibimos Prueba de que en la fecha de la muerte un hijo estaba:
 - inscrito como estudiante a tiempo completo en una institución de enseñanza superior, universidad o escuela vocacional acreditadas en grados superiores al 12.º grado; o
 - en 12.º grado y, en un plazo de un año después de la fecha de la muerte, se inscribe como estudiante a tiempo completo en una institución de enseñanza superior, universidad o escuela vocacional acreditadas.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Por cada Menor que califica para recibir este beneficio, pagaremos una cantidad igual a los costos de matrícula en los que se incurra por un período de hasta 4 años académicos consecutivos, que no se exceda de:

- un máximo por año académico de \$10,000; y
- una cantidad global máxima del 5% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Si tanto usted como su cónyuge mueren de tal manera que cada una de las muertes provoque el pago de un beneficio por un Menor según este Beneficio Adicional, se aplicarán las siguientes reglas:

- El máximo por año académico será 2 veces la cantidad mostrada arriba.
- El máximo global será igual al porcentaje indicado aplicado a la suma de las cantidades totales que están en el CUADRO DE BENEFICIOS para usted y su cónyuge.
- En ningún caso la cantidad pagada por todos los beneficios de Educación Infantil superará la cantidad de los gastos de matrícula incurridos.

Es posible que pidamos una Prueba de la inscripción continua del hijo como estudiante a tiempo completo durante el período para el que se reclame un beneficio.

PAGO DE BENEFICIOS

Pagaremos este beneficio semestralmente cuando recibamos Prueba de que los costos de matrícula ya se pagaron. Se lo pagaremos a la persona que paga los costos en nombre del Menor.

Si este beneficio está vigente en la fecha de la muerte y no hay ningún Menor que califica para recibirlo, le pagaremos \$1,000 a Su Beneficiario en un pago único.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: EDUCACIÓN DEL CÓNYUGE

Si usted muere como resultado de una lesión accidental, pagaremos este beneficio adicional de educación del Cónyuge si:

1. Si pagamos un beneficio por perder la vida según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. Si este beneficio está vigente en la fecha de la lesión.
3. Si recibimos Prueba de que:
 - en la fecha que usted muere, su cónyuge estaba matriculado en una escuela acreditada; o
 - dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que usted murió, su cónyuge se matricula en un centro educativo acreditado.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Pagaremos una cantidad igual a los costos de matrícula en los que se incurra por un período de hasta 1 año académico consecutivo, que no se exceda de:

- un máximo por año académico de \$5,000; y
- una cantidad global máxima del 5% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS.

Podemos exigir una Prueba de que el Cónyuge sigue matriculado durante el período para el que se reclama el beneficio.

PAGO DE BENEFICIOS

Pagaremos este beneficio semestralmente cuando recibamos una Prueba de que los costos de matrícula ya se han pagado. El pago lo haremos al Cónyuge.

Si este beneficio está vigente en la fecha en que usted muere y no hay ningún Cónyuge que podría calificar para recibirlo, le pagaremos \$1,000 a su Beneficiario en un pago único.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (continúa)

BENEFICIOS ADICIONALES: AGRESIÓN FÍSICA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Pagaremos este otro beneficio:

1. Si pagamos un beneficio por una pérdida suya que resulta de una lesión accidental, según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. Si recibimos una Prueba de que la lesión accidental fue causada por una Agresión Física cometida en el lugar de trabajo del negocio del empleador o mientras usted estaba ocupado en el lugar de trabajo del empleador, excepto si usted:
 - está trabajando en casa; o
 - está trasladándose desde su lugar habitual de trabajo o hacia este.
3. Si la Agresión Física la comete otra persona que no sea:
 - usted; o
 - un empleado del empleador del lugar de trabajo.
4. Si este beneficio está vigente en la fecha de la lesión.

Agresión Física significa una agresión cometida durante la comisión de un delito grave según lo definen las leyes de la jurisdicción en la que se comete el acto.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Pagaremos una cantidad igual al menor que:

- el 20% de la Cantidad Total indicada en el CUADRO DE BENEFICIOS; o
- \$50,000.

PAGO DE BENEFICIOS

Le pagaremos este beneficio en un pago único a usted, si sobrevive; si no, se lo pagaremos a Su Beneficiario.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

BENEFICIOS ADICIONALES: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

La compañía pagará el beneficio descrito en esta sección si, durante la vigencia de este beneficio, usted sufre una lesión accidental en el desempeño de sus funciones profesionales y recibimos Prueba de que:

- Usted ha rellenado un parte de Accidente de Trabajo con su empleador y el parte de accidente ha sido presentado al administrador de reclamos dentro de las 48 horas siguientes a la lesión;
- Usted se sometió a uno o varios exámenes de sangre para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el complejo relacionado con el sida (CRA) en las 48 horas siguientes a la lesión, cuyos resultados fueron negativos; y
- El resultado de la prueba del VIH o del CRA fue positivo en los 2 años siguientes a la fecha de la lesión.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Pagaremos una cantidad igual al 1% de la Cantidad total que se muestra en el CUADRO DE BENEFICIOS.

PAGO DE BENEFICIOS

Le pagaremos este beneficio en un pago único a usted, si sobrevive; si no, se lo pagaremos a su beneficiario.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

BENEFICIOS ADICIONALES: CONTINUIDAD DE COBRA

Si muere como resultado de una lesión accidental, pagaremos este otro beneficio:

1. Si pagamos un beneficio por perder la vida según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. Si este beneficio está vigente en la fecha de la lesión;
3. Si recibimos Prueba de que sus Dependientes eligieron continuar su seguro médico colectivo como lo permite la Ley Federal General Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985.

Necesitaremos una copia completada y firmada del formulario de elección de COBRA y Prueba de que ya se hicieron los pagos obligatorios de las primas según COBRA para los que se pide reembolso.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Pagaremos una cantidad igual a las primas del seguro médico colectivo pagadas, sujeto a lo siguiente:

- Un período de beneficios máximo de 3 años consecutivos;
- Un máximo anual de \$3,000; y
- Una cantidad global máxima del 3% de la Cantidad Total que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS.

PAGO DE BENEFICIOS

Pagaremos el beneficio de continuidad de COBRA trimestralmente cuando recibamos Prueba de que ya se pagaron las primas del seguro médico colectivo. El pago se lo haremos a su Cónyuge. Si no hay Cónyuge en la fecha en que usted muere, le pagaremos el beneficio a la persona que haya pagado las primas adeudadas para cualquier continuidad de COBRA para un Menor.

Si este beneficio está vigente en la fecha en que usted muere y no hay ningún Dependiente que califique para la continuidad de COBRA, le pagaremos \$3,000 a su Beneficiario en un pago único.

SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

BENEFICIOS ADICIONALES: GASTOS DE REPATRIACIÓN

Si usted o un dependiente mueren como consecuencia de una lesión accidental, pagaremos este beneficio adicional si:

1. pagamos un beneficio por pérdida de la vida según la sección SEGURO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL;
2. este beneficio está vigente en la fecha de la lesión;
3. recibimos Prueba de que su muerte ocurrió al menos a 100 millas de su lugar de residencia principal.

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Pagaremos un beneficio adicional igual a los gastos por preparar y transportar el cuerpo del muerto a la ciudad principal de residencia de esa persona, hasta un máximo de \$5,000.

PAGO DE BENEFICIOS

Pagaremos este beneficio cuando recibamos Prueba de que los gastos descritos arriba ya se pagaron. Lo pagaremos a la persona que pague dichos gastos.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

RECLAMOS DE BENEFICIOS DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Cuando haya una pérdida cubierta, avísenos llamando al (877) ADPTS-01 o al (877) 237-8701. Debe hacernos esta notificación tan pronto como sea razonablemente posible, pero, en cualquier caso, dentro de los 20 días siguientes a la Pérdida Cubierta. Le enviarán el formulario de reclamo a usted o a los beneficiarios en el expediente.

Deberá completar el formulario de reclamo y enviárnoslo con la Prueba necesaria de la pérdida cubierta como se indica en el formulario de reclamo. Si usted o el beneficiario no han recibido un formulario de reclamo en un plazo de 15 días desde que nos informa del reclamo, la Prueba se puede enviar usando cualquier formulario adecuado para entregárnosla.

El reclamante debe darnos la Prueba, a más tardar, 90 días después de la fecha de la Pérdida Cubierta.

Si no se entrega el aviso del reclamo ni la Prueba en los límites de tiempo descritos en esta sección, el retraso no hará que se deniegue ni reduzca el reclamo si el aviso o la Prueba se entregan tan pronto como sea razonablemente posible.

Cuando recibamos un formulario de reclamo y la Prueba, revisaremos el reclamo y, si lo aprobamos, pagaremos beneficios sujetos a los términos y disposiciones de este certificado y de la Póliza Colectiva. La cantidad del beneficio puede reducirse por la cantidad de cualquier aportación a la prima que no se haya pagado en el momento en que hagamos el pago.

Plazo máximo para tomar medidas legales. Solo se puede presentar una medida legal contra nosotros por un reclamo durante un período establecido. Ese período empieza 60 días después de la fecha en que se presenta la Prueba y termina 5 años después de la fecha en que se haya pedido dicha Prueba.

DISPOSICIONES GENERALES

Cesiones

Los derechos y beneficios según la Póliza Colectiva no se pueden ceder antes de un reclamo de beneficios, excepto que lo exija la ley. No somos responsables de la validez de ninguna cesión.

Beneficiario

Puede designar a un Beneficiario en su solicitud o formulario de inscripción. Puede cambiar al Beneficiario en cualquier momento. Para hacerlo, debe enviarnos a nosotros una solicitud por escrito, firmada y fechada usando un formulario que nosotros aceptemos. Debe enviarnos la solicitud por escrito para cambiar al Beneficiario en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que usted firma la solicitud.

No necesita consentimiento del Beneficiario para hacer un cambio. Cuando recibamos el cambio, entrará en vigor a partir de la fecha en que usted lo haya firmado. El cambio no se aplicará a ningún pago que hayamos hecho de buena fe antes de que se hubiese registrado la solicitud del cambio.

Si se designan a dos o más Beneficiarios y no se especifican las cantidades que les corresponden, compartirán el seguro en partes iguales.

Si cuando usted muera no hay un Beneficiario designado o no hay un Beneficiario designado sobreviviente, nosotros podemos determinar que el Beneficiario sea una o más de las siguientes personas que lo sobrevivan:

- Su cónyuge, si está vivo;
- Sus menores, si no hay un Cónyuge sobreviviente;
- Sus padres, si no hay un menor sobreviviente; o
- Sus hermanos, si no hay padres sobrevivientes.

En lugar de pagarle a cualquier persona de las de arriba, podemos pagarle a su patrimonio. Cualquier pago hecho de buena fe nos eximirá de toda responsabilidad con respecto al mismo. Si el Beneficiario es un menor o una persona incompetente para recibir el pago, le pagaremos al tutor de esa persona.

Contrato Completo

El seguro se da según un contrato de seguro colectivo con el Titular de la Póliza. El contrato completo con el Titular de la Póliza consta de lo siguiente:

1. la Póliza Colectiva y sus Anexos, que incluyen los certificados;
2. la solicitud del Titular de la Póliza; y
3. cualquier modificación o los endosos a la Póliza Colectiva.

Indisputabilidad: Sus declaraciones

Cualquier declaración que usted haga se considerará una declaración y no una garantía. No usaremos la declaración para evitar asegurarlo, reducir beneficios ni defender un reclamo, a menos que se cumplan los siguientes requisitos:

1. la declaración está en una solicitud o en un formulario de inscripción por escrito;
2. usted ya firmó la solicitud o el formulario de inscripción; y
3. le dieron a usted o a su Beneficiario una copia de la solicitud o del formulario de inscripción.

No usaremos sus declaraciones relacionadas con la asegurabilidad para impugnar el Seguro de Muerte y Desmembramiento Accidental después de que haya estado vigente por 2 años durante Su vida, a menos que la declaración sea fraudulenta. Además, no usaremos esas declaraciones para impugnar ningún aumento ni adición de beneficios a ese seguro después de que ese aumento o beneficio haya estado vigente por 2 años durante su vida, a menos que la declaración sea fraudulenta.

DISPOSICIONES GENERALES (continúa)

Declaración inexacta de la edad

Si Su edad se declara de manera inexacta, se usará la edad correcta para determinar si el seguro está vigente y ajustaremos los beneficios o las primas como corresponda.

Cumplimiento de la ley

Si los términos y las disposiciones de este certificado no cumplen alguna de las leyes aplicables, este certificado se interpretará de modo que sí las cumpla.

Exámenes físicos

Si se presenta un reclamo de beneficios del seguro, tenemos derecho a pedirle al asegurado que lo examinen Médicos de nuestra elección con la frecuencia razonablemente necesaria para procesar el reclamo. Nosotros pagaremos el costo de ese examen.

Autopsia

Tenemos derecho a hacer una petición razonable de una autopsia cuando lo permita la ley. Esa petición incluirá los motivos por los que pedimos la autopsia. Nosotros pagaremos el costo de la autopsia.

**ESTE CERTIFICADO TERMINA EN LA PÁGINA ANTERIOR.
LA SIGUIENTE ES INFORMACIÓN ADICIONAL.**



Delaware American Life Insurance Company
MetLife Health Plans, Inc.
MetLife Legal Plans, Inc.
MetLife Legal Plans of Florida, Inc.
Metropolitan General Insurance Company

Metropolitan Life Insurance Company
Metropolitan Tower Life Insurance Company
SafeGuard Health Plans, Inc.
SafeHealth Life Insurance Company

Nuestro aviso de privacidad

Sabemos que usted compra nuestros productos y servicios porque confía en nosotros. Este aviso explica cómo protegemos su privacidad y tratamos su información personal. Se aplica a clientes actuales y antiguos. Aquí, "información personal" significa cualquier cosa que sepamos de usted personalmente.

SECCIÓN 1: Patrocinadores del plan y titulares de pólizas de seguros colectivos

Este aviso de privacidad es para las personas que solicitan u obtienen nuestros productos y servicios según un plan de beneficios para empleados, seguro colectivo o contrato de anualidades, como un beneficio ejecutivo o disponible de otra manera en su trabajo o por medio de una asociación a la que pertenece. En este aviso, "usted" se refiere a estas personas.

SECCIÓN 2: Cómo protegemos su información

Tomamos medidas importantes para proteger su información personal. La tratamos como confidencial. Les decimos a nuestros empleados que sean cuidadosos con ella. Limitamos el acceso a los que la necesitan para hacer su trabajo. Nuestros proveedores de servicios externos también deben protegerla y usarla solo para cubrir las necesidades de nuestra actividad. También tomamos medidas para proteger nuestros sistemas del acceso no autorizado. Cumplimos todas las leyes que nos corresponden.

SECCIÓN 3: Cómo recogemos su información

Por lo general, le pedimos su nombre, su dirección, su edad y otra información relevante. También podemos recopilar información sobre cualquier actividad que usted tenga con nosotros, nuestros afiliados u otras compañías. Nuestras filiales incluyen aseguradoras de vida, una compañía de planes legales y un corredor de valores. En el futuro, posiblemente tengamos afiliaciones en otras empresas.

SECCIÓN 4: Cómo obtenemos su información

Obtenemos su información personal principalmente de usted. También podemos usar recursos externos para asegurarnos de que nuestros expedientes son correctos y están completos. Estas fuentes pueden incluir agencias de informes de crédito del consumidor, empleadores, otras instituciones financieras, familiares adultos, entre otras. Estas fuentes pueden darnos informes o compartir lo que saben con otros. No controlamos la exactitud de la información que las fuentes externas nos dan. Si quiere hacer algún cambio a la información suya que recibimos de otros, debe comunicarse con esas fuentes.

Podemos pedir información médica. La autorización que usted firma cuando pide un seguro permite que estas fuentes nos den información sobre usted. También podemos, a nuestro cargo:

- Pedir un examen médico
- Pedir exámenes de sangre y orina
- Pedirles a los proveedores de atención médica que nos den información médica, incluyendo información sobre el abuso de alcohol o drogas

También podemos pedirle a una agencia de informes de crédito del consumidor un "informe de consumidor" sobre usted (o cualquier persona que tengamos que asegurar). Los informes de los consumidores pueden darnos mucha información, incluyendo:

- Reputación
- Expediente de manejo
- Finanzas
- Trabajo e historia laboral
- Pasatiempos y actividades peligrosas

La información la puede conservar la agencia de informes de crédito del consumidor y darla después a otros, según permita la ley. La agencia le dará una copia del informe que nos dé a nosotros si usted se lo pide y puede presentar una identificación adecuada. Si nos escribe y nosotros ya pedimos un informe del consumidor sobre usted, se lo diremos y le daremos el nombre, dirección y teléfono de la agencia de informes de crédito del consumidor.

Otra fuente de información es MIB Group, LLC ("MIB"). Es una organización de afiliados sin ánimo de lucro formada por compañías de seguro que intercambia información en nombre de sus miembros. Es posible que nosotros, o nuestros reaseguradores, le demos un breve informe a MIB. Si solicita cobertura de seguro médico o de vida a otra compañía que es miembro de MIB, o se presenta un reclamo por beneficios, MIB, a pedido, le dará a esa compañía la información que tenga en su archivo. Cuando reciba una solicitud de usted, MIB revelará toda la información que tenga en su archivo. Comuníquese con MIB llamando al 866-692-6901. Si cuestiona la exactitud de la información incluida en el archivo de MIB, puede comunicarse con ellos y pedir que se corrija de acuerdo con los procedimientos de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act). Puede hacerlo escribiendo a MIB, LLC, 50 Braintree Hill, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, o en el sitio web de MIB en www.mib.com.

SECCIÓN 5: Uso de su información

Recopilamos su información personal para ayudarnos a decidir si es elegible para nuestros productos o servicios. Posiblemente también la necesitemos para verificar identidades y poder impedir el fraude, el lavado de dinero u otros delitos. Cómo usamos esta información depende de los productos y servicios que usted tenga o quiera de nosotros. Además, depende de qué leyes se aplican a esos productos y servicios. Por ejemplo, también podemos usar su información para:

- administrar sus productos y servicios
 - hacer investigaciones de negocios
 - promocionar productos nuevos para usted
 - cumplir las leyes vigentes
 - procesar reclamos y otras transacciones
 - confirmar o corregir su información
 - ayudarnos a dirigir nuestro negocio
-

SECCIÓN 6: Revelación de su información a otros

Es posible que compartamos su información personal con otros con su consentimiento, según un acuerdo, o según permita o exija la ley. Es posible que compartamos su información personal sin su consentimiento si lo permite o exige la ley. Por ejemplo, podemos compartir su información con empresas contratadas para prestar servicios por nosotros. También podemos compartirla con nuestros socios comerciales afiliados o no afiliados mediante acuerdos de comercialización conjunta. En esas situaciones, compartimos su información para ofrecerle de manera conjunta productos y servicios, o para que otros le ofrezcan productos y servicios que nosotros respaldamos o patrocinamos. Sin embargo, antes de compartir su información con cualquier socio afiliado o de comercialización conjunta para sus propios fines de mercadeo, primero se lo informaremos a usted y le daremos la oportunidad de que decida no hacerlo.

Otras razones por las que podríamos compartir su información incluyen:

- cumplir lo que exige un tribunal, las fuerzas del orden o una agencia gubernamental (por ejemplo, cumplir una orden de allanamiento o una citación);
 - informar a otra compañía de lo que sabemos de usted si vendemos o fusionamos cualquier parte de nuestra empresa;
 - dar información a una agencia gubernamental para que pueda decidir si usted es elegible para recibir beneficios públicos;
 - dar su información a alguien con un interés legal en sus bienes (por ejemplo, un acreedor con derecho de retención sobre su cuenta);
 - dar su información a su proveedor de atención médica;
 - pedir a una organización de colegas revisores que evalúe su información, si usted tiene cobertura médica con nosotros;
 - las razones de la sección "Uso de su información" de arriba.
-

SECCIÓN 7: HIPAA

No compartiremos su información médica con ninguna otra compañía, ni siquiera nuestras afiliadas, para sus propios fines de mercadeo. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) protege su información si usted solicita o compra seguro dental, de la vista, de atención de largo plazo o médico con nosotros. La HIPAA limita nuestra capacidad para usar y revelar la información que obtenemos cuando usted solicita o compra un seguro. La información de sus

derechos según HIPAA se le entregará con cualquier cobertura de seguro médico dental, de la vista o de atención de largo plazo que se emita a su nombre.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de privacidad de HIPAA visitando nuestro sitio web en www.MetLife.com. Para obtener más información sobre sus derechos según HIPAA, o para que le enviemos por correo un Aviso de privacidad de HIPAA, escribanos a HIPAAprivacyAmericasUS@metlife.com o llámenos al (212) 578-0299.

SECCIÓN 8: Consulta y corrección de su información

Puede pedirnos una copia de la información personal que tenemos de usted. Se la daremos siempre que podamos encontrarla y obtenerla de manera razonable. Debe pedirla por escrito, incluyendo los números de cuenta o de póliza y la información que quiere consultar. Por motivos legales, es posible que no le mostremos la información privilegiada relacionada con un reclamo o demanda legal, a menos que lo exija la ley.

Si nos dice que lo que sabemos de usted es incorrecto, lo revisaremos. Si estamos de acuerdo, actualizaremos nuestros expedientes. De lo contrario, puede disputar nuestros hallazgos por escrito e incluiremos su declaración siempre que demos la información disputada a cualquier persona fuera de MetLife.

SECCIÓN 9: Preguntas

Queremos que entienda cómo protegemos su privacidad. Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre este aviso, comuníquese con nosotros. Se le entregará un aviso con más información si lo pide. Cuando escriba, incluya su nombre, dirección y número de póliza o cuenta.

Envíe sus preguntas de privacidad a: MetLife Privacy Office
P. O. Box 489
Warwick, RI 02887-9954
privacy@metlife.com

Podemos modificar este aviso de privacidad. Si hacemos cualquier cambio importante, se lo informaremos según lo exige la ley. Le entregamos este aviso de privacidad en nombre de las compañías de MetLife mencionadas en la parte superior de la primera página.
