

## **SU PLAN DE BENEFICIOS**

### **ADP TotalSource, Inc.**

**Todos los empleados del lugar de trabajo del empleador del lugar de trabajo activamente trabajando, programados para trabajar al menos 15 horas por semana, pero sin incluir 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**

**Si no tiene un horario de trabajo regular, el cálculo se basará en el número promedio de horas que trabajó por semana durante los últimos 12 meses calendario antes de su discapacidad**

**Además, tendremos en cuenta la práctica acordada del Titular de la Póliza para empleados en el lugar de trabajo del empleador y el coempleador del cliente, en una clase laboral, y esto se podría determinar revisando los Términos del Servicio al Cliente del Titular de la Póliza y del cliente o en cualquier otro documento que podríamos razonablemente pedir para determinar su clase laboral.**

**(Plan de discapacidad de corto plazo que proporciona un Beneficio semanal del 60%, un período máximo de beneficios de 13 semanas, con condiciones preexistentes e incluye el ajuste del Plan del Estado, el ajuste de beneficios del Sistema de Jubilación de Maestros del Estado (State Teachers Retirement System, STRS), la cantidad calculada del Sistema de Jubilación de Maestros del Estado (STRS), el ajuste del Beneficio o del Programa gubernamental obligatorio y la cantidad calculada del Beneficio o del Programa gubernamental obligatorio)**

**Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo**

**Fecha del certificado: 1 de junio de 2024**

Certificado número 46

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.

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"), sociedad anónima, certifica que usted está asegurado 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 Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo

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

**Para obtener información sobre reclamos** PARA RECLAMOS DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD:  
1-877-ADPTS-01 o 1-877-237-8701

### **ESTE CERTIFICADO SOLO DESCRIBE EL SEGURO POR DISCAPACIDAD.**

**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](mailto:Johnstown_Complaint_Referrals@metlife.com)

Correo: Metropolitan Life Insurance Company  
700 Quaker Lane  
2<sup>nd</sup> 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](http://www.tdi.texas.gov)

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

Correo: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091

### **¿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](mailto:Johnstown_Complaint_Referrals@metlife.com)

Dirección postal: Metropolitan Life Insurance Company  
700 Quaker Lane  
2<sup>nd</sup> 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](http://www.tdi.texas.gov)

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091

## **AVISO PARA RESIDENTES DE TODOS LOS ESTADOS**

### **COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES**

Este certificado no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura del seguro de compensación de los trabajadores.

### **LEYES DE BENEFICIOS OBLIGATORIOS DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD**

**Para residentes de California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Puerto Rico**

Este certificado no afecta ningún requisito de ninguna ley de beneficios de ingresos por discapacidad temporal ordenados por el gobierno.

## **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 LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL DISTRITO DE COLUMBIA (DC)**

### **AVISO IMPORTANTE**

Las leyes del Distrito de Columbia (DC) prohíben a los aseguradores ajustar o reducir los beneficios de una póliza de seguro de ingresos por discapacidad a corto plazo basándose en los beneficios calculados o reales que se hayan recibido según la Ley de Enmienda del Permiso de Ausencia Universal Pagado (Universal Paid Leave Amendment Act, UPL) de 2016.

## **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 preguntas sobre su cobertura o tiene un reclamo, primero hable con el Titular de la Póliza. Si después de hacerlo todavía tiene alguna preocupación, puede llamar gratis al teléfono que se muestra en la portada del Certificado.

Si continúa con preocupaciones después de hablar con el Titular de la Póliza y con MetLife, comuníquese con:

Idaho Department of Insurance  
Consumer Affairs

700 West State Street, 3<sup>rd</sup> 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](http://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](http://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 INGRESOS POR DISCAPACIDAD**

1. Si su seguro de ingresos por discapacidad se termina por cierre de planta o por cierre parcial cubierto, dicho seguro continuará durante 90 días después de su fecha de terminación.
2. Si su seguro de ingresos por discapacidad se termina porque:
  - usted deja de estar en una clase elegible, o
  - su empleo termina,

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 continuación de su Seguro de Ingresos por Discapacidad según la subsección CONTINUACIÓN DE SEGURO CON PAGO DE PRIMA terminará antes del fin de los períodos de continuación de arriba si obtiene una 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

## PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DEL SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD

El Titular de la Póliza seguramente tenga varios formularios de reclamo. Pídale un formulario de reclamo al Titular de la Póliza y complételo atentamente. Devuelva el formulario de reclamo completado con la Prueba solicitada al Titular de la Póliza.

Si no se puede presentar a trabajar activamente debido a una enfermedad o lesión accidental y cree que podría estar discapacitado, debe comunicarse con MetLife o con su representante de beneficios para iniciar un reclamo. Le recomendamos que lo haga no más tarde de:

- 14 días con respecto al Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo; y
- 12 semanas con respecto al seguro de ingresos por discapacidad por Beneficios de Largo Plazo

después del primer día que no pueda presentarse al trabajo activo para que su reclamo se pueda procesar de forma oportuna.

Cuando un reclamante presenta un reclamo inicial por beneficios del Seguro de Ingresos por Discapacidad descrito en este certificado, nos debe enviar lo siguiente:

- aviso de reclamo en el plazo de 30 días después de la fecha de la pérdida; y
- prueba necesaria en un plazo de 90 días después de finalizar el Período de Eliminación.

También puede entregarnos la notificación del reclamo y la Prueba del Seguro de Ingresos por Discapacidad siguiendo los pasos que se mencionan abajo:

### **Paso 1**

El reclamante puede darnos el aviso llamando gratis al teléfono que está en la portada del certificado en un plazo de 30 días desde la fecha de una pérdida.

### **Paso 2**

Le enviaremos un formulario de reclamo al reclamante y le explicaremos cómo completarlo. El reclamante debería recibir el formulario de reclamo en un plazo de 15 días desde que nos informe del reclamo.

### **Paso 3**

Cuando el reclamante reciba el formulario de reclamo, debe completarlo según las instrucciones y devolverlo con la Prueba necesaria descrita en dicho formulario. Si el reclamante no recibe 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.

### **Paso 4**

El reclamante debe darnos la Prueba no más de 90 días después del final del Período de Eliminación.

Si no se entrega el aviso del reclamo ni de la Prueba en los límites de tiempo descritos en esta sección, el retraso no hará que se deniegue ni se reduzca el reclamo si el aviso o la Prueba se entregan tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad legal, más de 1 año después de la fecha en que se exija la Prueba.

Sujeto a la debida Prueba por escrito de la pérdida, todos los beneficios acumulados por la pérdida para la cual este certificado establece pagos periódicos se pagarán de la siguiente manera:

- Semanalmente en el caso de los Beneficios de Corto Plazo.
- Mensualmente en el caso de los beneficios de largo plazo.

Todo saldo pendiente de pago en el momento de la terminación de la responsabilidad se pagará en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la debida Prueba por escrito.

Todo beneficio previsto y que no se pague en un plazo de 30 días después de que recibamos la Prueba acumulará un interés del tres por ciento (3%) al mes sobre la cantidad que se deba hasta que el reclamo se resuelva o se adjudique en forma definitiva.

## AVISO PARA RESIDENTES DE MISSISSIPPI (continúa)

Sujeto a la disposición sobre el límite de tiempo para las acciones legales, si no pagamos los beneficios cuando deban pagarse, usted puede iniciar una acción para cobrar dichos beneficios, cualquier interés que se haya acumulado y cualquier otra compensación que permita 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, usted o el proveedor de atención médica tendrán 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.

### Qué se debe presentar en un reclamo de Seguro de Ingresos por Discapacidad

Cuando se presenta una Prueba para un reclamo inicial del Seguro de Ingresos por Discapacidad o para su continuación, es posible que se pida lo siguiente:

- Documentación que debe incluir, entre otros, los siguientes datos:
  1. la fecha de comienzo de su discapacidad;
  2. la causa de su discapacidad;
  3. el pronóstico de su discapacidad; y
  4. la continuación de su discapacidad.
- Su solicitud de:
  - fuentes de otros beneficios;
  - beneficios por discapacidad del Seguro Social federal; y
  - beneficios de compensación de los trabajadores o beneficios según una ley similar.
- Autorización por escrito para que obtengamos y revelemos información médica, laboral y financiera, y cualquier otro documento que razonablemente podamos necesitar para documentar su discapacidad o para determinar que recibe beneficios de otras fuentes o que es elegible para recibirlos.
- Toda la información médica, incluyendo, entre otros:
  1. radiografías; y
  2. fotocopias de expedientes médicos, incluyendo:
    - a) historias;
    - b) exámenes físicos, mentales o de diagnóstico; y
    - c) notas de tratamiento.
- Nombres y direcciones de:
  1. todos los médicos y proveedores de asistencia médica que le han dado diagnóstico, tratamiento o consultas;
  2. todos los hospitales u otros centros médicos que le han dado diagnóstico, tratamiento o consultas; y
  3. todas las farmacias que han surtido sus recetas en los últimos tres años.
- Otros elementos de prueba necesarios y descritos en las disposiciones adicionales del plan al que está presentando un reclamo de beneficios.

**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 la que se presente la Prueba y termina 3 años después de la fecha en que se la haya pedido.

## **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 de protección de la Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Médicos de Utah

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](http://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](http://www.scc.virginia.gov)  
Correo electrónico: [BureauOfInsurance@scc.virginia.gov](mailto: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 .....	2
CUADRO DE BENEFICIOS.....	22
DEFINICIONES.....	23
DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED .....	27
Clases de elegibilidad.....	27
Fecha en que usted es elegible para el seguro .....	27
Proceso de inscripción .....	28
Fecha en la cual entra en vigor su seguro que es parte del plan de beneficios flexibles .....	28
Fecha en que termina el seguro.....	29
REGLAS ESPECIALES PARA GRUPOS ASEGURADOS ANTERIORMENTE CON UN PLAN DE SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD.....	31
CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA.....	33
Para permisos de ausencia por motivos familiares y médicos .....	33
El titular de la póliza elige.....	33
EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD .....	34
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD .....	38
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE NO REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD .....	40
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: FECHA DE TERMINACIÓN DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS .....	41
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD.....	41
DISABILITY INCOME INSURANCE .....	42
BENEFICIO ADICIONAL DE CORTO PLAZO: DONANTE DE ÓRGANOS .....	42
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: CONDICIONES PREEXISTENTES .....	43
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD LIMITADOS .....	44
SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: EXCLUSIONES.....	45
PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DEL SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD.....	46
DISPOSICIONES GENERALES.....	48
Cesiones.....	48
Pagos del beneficio de ingresos por discapacidad: A quién le pagaremos.....	48
Contrato completo .....	48
Indisputabilidad: Sus declaraciones .....	48
Declaración errónea de la edad .....	49
Cumplimiento de la ley .....	49
Exámenes físicos .....	49
Autopsia.....	49
Pagos en exceso del Seguro de Ingresos por Discapacidad.....	49
Derecho de retención y reembolso .....	50

## CUADRO DE BENEFICIOS

En este cuadro se muestran los beneficios que están disponibles en esta Póliza Colectiva para cada empleador del lugar de trabajo. Usted solo estará asegurado para los beneficios:

- para los que sea y permanezca elegible;
- que usted elija, si se puede elegir; y
- que estén vigentes.

### BENEFICIO

### CANTIDAD DEL BENEFICIO E INFORMACIÓN IMPORTANTE

#### Seguro de Ingresos por Discapacidad para usted: beneficios de corto plazo

Beneficio Semanal.....	60% de los primeros \$5,000 de sus Ingresos antes de la Discapacidad, sujeto a la sección INGRESOS QUE REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD
Beneficio Semanal Máximo.....	\$3,000
Beneficio Semanal Mínimo.....	10% del beneficio semanal antes de reducciones por otros beneficios de ingresos o \$25, lo que sea mayor, sujeto a las subsecciones de Pagos en exceso e Incentivo para rehabilitación de este certificado.
Período de Eliminación.....	<b>Por lesión</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 14 días de Discapacidad.</li></ul> <b>Por enfermedad</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 14 días de Discapacidad.</li></ul>
Período Máximo de Beneficios.....	13 semanas de pago de beneficios mientras usted permanece discapacitado, aunque restaremos la cantidad que calculemos para el número de días que usted use para satisfacer el Período de Eliminación de los pagos de beneficios que de otra forma le haríamos a usted.
Incentivos para rehabilitación.....	Sí
<b>Otros beneficios:</b>	
Beneficio de donante de órganos.....	Sí

## DEFINICIONES

Cuando se usen en este certificado, los términos de abajo tendrán el significado que aquí se establece. Cuando en el certificado se usen términos definidos, aparecerán 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 trabajando activamente durante los fines de semana o en las vacaciones autorizadas por el empleador del lugar de trabajo, los feriados o los días en que cierre la empresa si estuvo trabajando activamente el último día de trabajo programado antes de que empezara ese período de descanso.

**Atención y tratamiento adecuados** se refiere a atención médica y tratamiento que:

- presta un médico cuya capacitación médica y especialidad clínica son apropiadas para tratar su discapacidad;
- coinciden en su tipo, frecuencia y duración con las directrices relevantes de investigaciones médicas nacionales, organizaciones de cobertura médica y agencias gubernamentales;
- son coherentes con el diagnóstico que dé un médico sobre su discapacidad; y
- tienen el objetivo de maximizar su mejora médica y funcional.

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

**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 de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo.

**Discapacitado o discapacidad** se refiere a que, debido a una enfermedad o como resultado directo de una lesión accidental:

- Usted está recibiendo atención y tratamiento adecuados y está cumpliendo los requisitos de dicho tratamiento.
- No puede ganar más del 80% de sus Ingresos antes de la Discapacidad en su Propia Ocupación para cualquier empleador; y
- Usted no puede hacer las tareas importantes de su propia ocupación para ningún empleador en la economía nacional.

Para determinar si una discapacidad es el resultado directo de una lesión accidental, la discapacidad debe haber ocurrido en un plazo de 90 días desde la lesión accidental y debe ser el resultado de dicha lesión, independiente de otras causas.

Si para su ocupación usted necesita una licencia, la pérdida de la licencia por cualquier motivo no será, por sí sola, una discapacidad.

## DEFINICIONES (continúa)

**Pareja doméstica** se refiere a cada una de dos personas, siendo una de ellas empleada de los empleadores del 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;
  4. compartir la residencia principal con la otra persona; 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.

**Período de Eliminación** se refiere al período de su discapacidad durante el que no pagamos beneficios. El Período de Eliminación comienza el día que usted queda discapacitado y continúa durante el período que se muestra en el CUADRO DE BENEFICIOS.

**Procedimiento de trasplante de órganos** se refiere a la extirpación quirúrgica de uno o más de sus órganos con el propósito de trasplantarlos a otra persona.

**Propia ocupación** se refiere a las funciones esenciales que desempeña con regularidad con el empleador del lugar de trabajo que representa una fuente de ingresos devengados. Para determinar su propia ocupación, consideraremos su ocupación como se desempeña normalmente en lugar de cómo se desempeña para algún empleador específico o en algún lugar específico.

**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.

## DEFINICIONES (continúa)

**Ingresos antes de la Discapacidad** se refiere al sueldo o al salario bruto que usted estaba ganando del empleador del lugar de trabajo hasta su último día de trabajo activo antes de que comenzara su discapacidad. Esta cantidad la calculamos semanalmente con base en lo siguiente que se aplique a usted:

- si le pagan por contrato anual, el cálculo de sus salarios semanales se basará en su salario por hora;
- si le pagan por hora, el cálculo de sus salarios semanales se basará en su salario por hora multiplicado por el número de horas que tiene programado regularmente para trabajar al mes, pero no más de 40 horas a la semana; y
- si no tiene un horario de trabajo regular, el cálculo de su salario o sueldo bruto semanal se basará en el número promedio de horas que trabajó a la semana durante los últimos 12 meses calendario (o durante su período de empleo si son menos de 12 meses), pero no más de 40 horas a la semana.

### El término incluye:

- aportaciones que usted estaba haciendo mediante un acuerdo de reducción salarial con el empleador del lugar de trabajo a cualquiera de los siguientes:
  - acuerdo de remuneración diferida de la Sección 401(k), 403(b) o 457 del Código de Impuestos Internos (IRC);
  - un acuerdo ejecutivo de remuneración diferida sin beneficios fiscales de ERISA; y
  - sus beneficios complementarios según un plan de la Sección 125 del IRC.

### El término no incluye:

- comisiones;
- premios y bonificaciones;
- pago por horas extra;
- el subsidio, adjudicación, venta, conversión o ejercicio de acciones u opciones de compra de acciones;
- las aportaciones del empleador del lugar del trabajo en su nombre a cualquier acuerdo de remuneración diferida o plan de pensión; ni
- cualquier otra remuneración del empleador del lugar de trabajo.

**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.

**Programa de Rehabilitación** significa un programa que nosotros aprobamos para ayudarlo a regresar al trabajo. Puede incluir, entre otros, su participación en una o más de las siguientes actividades:

- reincorporación al trabajo de manera modificada con la meta de reanudar el empleo para el que está razonablemente calificado mediante capacitación, educación, experiencia e ingresos pasados;
- análisis del empleo en el lugar;
- modificación del empleo;
- capacitación para mejorar las competencias de búsqueda de empleo;
- evaluación vocacional;
- mejora de competencias de corto plazo;
- capacitación vocacional; o
- terapias restauradoras para mejorar la capacidad funcional para reincorporarse al trabajo.

## DEFINICIONES (continúa)

**Subsidio de sueldo** se refiere a que el empleador del lugar de trabajo está dando un pago subsidiado y lo llevará al 100% de su sueldo mientras esté en Discapacidad.

**Enfermedad** se refiere a toda dolencia, enfermedad o embarazo, incluyendo las complicaciones del embarazo.

**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.

**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.

**Nosotros, nos y nuestro** significan MetLife.

**Plan de Jubilación del Empleador del lugar** de trabajo significa un plan que:

- proporciona beneficios de jubilación a los empleados; y
- se financia todo o en parte con aportaciones del empleador del lugar de trabajo.

**El término no incluye:**

- planes de participación en las ganancias;
- planes de ahorros;
- planes de remuneración diferida sin los beneficios fiscales de ERISA;
- planes según la Sección 401(k) o 457 del IRC;
- cuentas individuales para la jubilación (IRA);
- anualidades con refugio fiscal (TSA) según la Sección 403(b) del IRC;
- planes de compra de acciones; ni
- planes Keogh (HR-10).

**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 lugar de trabajo del empleador del lugar de trabajo activamente trabajando, programados para trabajar al menos 15 horas por semana, pero sin incluir 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. Si no tiene un horario de trabajo regular, el cálculo se basará en el número promedio de horas que trabajó por semana durante los últimos 12 meses calendario antes de su discapacidad.

Además, tendremos en cuenta la práctica acordada del Titular de la Póliza para empleados en el lugar de trabajo del empleador y el coempleador del cliente, en una clase laboral. Esto se puede determinar revisando los Términos del Servicio al Cliente del Titular de la Póliza y del cliente o en cualquier otro documento que podríamos razonablemente pedir para determinar su clase laboral.

Los empleados deben ser elegibles para la cobertura y los beneficios de múltiples empleadores del lugar de trabajo. Si usted es elegible para la cobertura de varios empleadores del lugar de trabajo, los términos, cobertura, condiciones y derechos descritos en este certificado se aplicarán por separado para cada empleador del lugar de trabajo.

Además:

- Evaluaremos un reclamo por beneficios para cada empleador del lugar de trabajo independiente de cada uno; y
- Si usted recibe beneficios simultáneamente debido a que tiene varios empleadores del lugar de trabajo, dichos beneficios no se compensarán entre sí.

## 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.

Será elegible para el seguro descrito en este certificado en la fecha posterior a estas fechas:

1. 1 de junio de 2024;
2. fecha en que su empleador del lugar de trabajo inicia una relación de coempleador con ADP TotalSource; y
3. el primer día del mes calendario que coincida o sea el siguiente a la fecha en que usted complete el Período de Espera después de entrar en una clase elegible.

**Período de espera** se refiere al período de membresía continua en una clase elegible que usted debe esperar antes de volverse elegible para el seguro. Este período comienza en la fecha en la que usted se incorpora a una clase elegible y termina en la fecha en la que completa los períodos especificados.

La aceptación del empleador del lugar de trabajo para cubrir el Período de Espera para la elegibilidad de empleados en trabajo activo a tiempo completo o a tiempo parcial con un cliente coempleador, en una clase laboral, se determinará con el Formulario de Elección del Beneficio del Cliente ("CBE") entre el Titular de la Póliza y el empleador del lugar de trabajo de ADP TotalSource, o con cualquier otro documento que sería razonable que pidiéramos para determinar su Período de Espera.

## DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED (continúa)

### PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Si usted es elegible para el seguro, puede inscribirse para dicho seguro completando el formulario obligatorio para cada empleador del lugar de trabajo. 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.

El seguro listado abajo es parte de un plan de beneficios flexibles establecidos por el Titular de la Póliza. Sujeto a las reglas del plan de beneficios flexibles y a la Póliza Colectiva, usted se puede inscribir en el:

- Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo.

solo cuando usted es elegible por primera vez, durante un período anual de inscripción o si tiene un evento que lo hace calificar. Debe ponerse en contacto con el Titular de la Póliza para obtener más información sobre el plan de beneficios flexibles.

### FECHA DE INICIO DE SU SEGURO QUE ES PARTE DEL PLAN DE BENEFICIOS FLEXIBLES

#### Inscripción cuando es elegible por primera vez

Si usted completa el proceso de inscripción para cada empleador del lugar de trabajo en el plazo de 60 días desde que sea elegible para el seguro, dicho seguro entrará en vigor de la siguiente manera:

- Si **no está obligado** a presentar evidencia de su asegurabilidad, dicho seguro entrará en vigor en la fecha en que sea elegible para dicho seguro si está trabajando activamente en esa fecha.
- Si se **requiere** que presente evidencia de asegurabilidad y nosotros determinamos que es asegurable, el seguro entrará en vigor el primer día del mes después de la fecha en que se apruebe su evidencia de asegurabilidad si está trabajando activamente en esa fecha.

Si usted completa el proceso de inscripción para cada empleador del lugar de trabajo en el plazo de 60 días desde que sea elegible, no podrá inscribirse para el seguro hasta el siguiente período de inscripción anual, según lo haya determinado el Titular de la Póliza, después de la fecha en que fue elegible por primera vez. En ese momento, podrá inscribirse para el seguro en el que usted es ahora elegible.

Si no está trabajando activamente para cada empleador del lugar de trabajo en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro comenzará el día que usted se reincorpore al trabajo activo.

#### Inscripción durante un período de inscripción anual

Durante cualquier período anual de inscripción según lo haya determinado el Titular de la póliza, usted puede inscribirse en el seguro para el que sea elegible o elegir una opción diferente a la que está inscrito actualmente. El seguro en el que se inscribió, o los cambios hechos a su seguro durante un período anual de inscripción, entrarán en vigor de la siguiente manera:

- para cualquier cantidad en la que **no se requiera** que usted presente evidencia de su asegurabilidad, ese seguro entrará en vigor el primer día del mes después del período anual de inscripción si usted está trabajando activamente en esa fecha.
- para cualquier cantidad en la que se **requiera** que usted presente evidencia de su asegurabilidad y que nosotros determinemos que es asegurable, ese seguro entrará en vigor el primer día del mes después de la fecha en que se apruebe su evidencia de asegurabilidad si está trabajando activamente en esa fecha.

Si no está trabajando activamente para cada empleador del lugar de trabajo en la fecha en que una cantidad del seguro entraría en vigor, esa cantidad del seguro comenzará el día que usted se reincorpore al trabajo activo.

## DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED (continúa)

### Inscripción debido a un evento que hace que califique

Según las reglas del plan de beneficios flexibles, puede inscribirse en el seguro para el que usted es elegible o cambiar la cantidad de su seguro entre los períodos de inscripción anual solo si tiene un evento que hace que califique.

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

- matrimonio;
- nacimiento, adopción o colocación para 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 en el que se inscribió, o los cambios hechos en su seguro como consecuencia de un evento que lo haga calificar, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha que determinemos por escrito, si usted está trabajando activamente en esa fecha.

Si no está trabajando activamente para cada empleador del lugar de trabajo en la fecha en que el seguro entraría en vigor, el seguro comenzará el día que usted se reincorpore al trabajo activo.

### FECHA EN QUE TERMINA EL SEGURO

Su seguro de cada empleador del lugar de trabajo se terminará en lo que ocurra primero de:

1. la fecha en que se termina la Póliza Colectiva; o
2. la fecha en que se termina el seguro para su clase; o
3. al final del período para el que se haya pagado la última prima para usted; o
4. la fecha en que usted deje de estar en una clase elegible; Usted dejará de estar en una clase elegible el último día del mes calendario en el que deja el trabajo activo en una clase elegible, si no está discapacitado en esa fecha; o
5. el último día del mes calendario en el que se termina su empleo; o
6. la fecha en que usted se jubile de acuerdo con el último día del mes calendario en el que se termina su empleo.

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 USTED (continúa)**

### **Restablecimiento del Seguro de Ingresos por Discapacidad**

Si su seguro se termina, usted puede volver a estar asegurado según se indica abajo:

1. Si su seguro se termina porque:

- usted deja de estar en una clase elegible, o
- su empleo termina, y

Usted vuelve a ser miembro de una clase elegible en un plazo de 3 meses desde la fecha en que su seguro se terminó, usted no tendrá que completar otro Período de Espera ni dar evidencia de asegurabilidad.

2. Si su seguro se termina porque usted deja de pagar la prima necesaria mientras está con un permiso aprobado según la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) u otro permiso legal, y se vuelve miembro de una clase elegible en un plazo de 31 días desde (lo que ocurra primero):

- el final del período del permiso que usted y los empleadores del lugar de trabajo acordaron; o
- el final del período de permiso de ausencia elegible solicitado según la FMLA u otra ley de permisos de ausencia similar,

Usted no tendrá que completar otro Período de Espera ni dar evidencia de asegurabilidad.

3. En todos los demás casos en los que su seguro termine porque la prima obligatoria para su seguro se haya dejado de pagar, se le pedirá que presente evidencia de asegurabilidad.

Si vuelve a estar asegurado según se describe en el inciso 1 o 2 arriba, la limitación de las condiciones preexistentes se aplicará como si su seguro hubiera permanecido vigente sin interrupción.

## REGLAS ESPECIALES PARA GRUPOS ASEGURADOS ANTERIORMENTE CON UN PLAN DE SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD (continúa)

Se aplicarán las siguientes reglas si este Seguro de Ingresos por Discapacidad:

- reemplaza un plan de seguro colectivo de ingresos por discapacidad proporcionado por el Titular de la Póliza; o
- reemplaza a un Plan Anterior de seguro colectivo de ingresos por discapacidad proporcionado un empleador anterior, cuando el reemplazo sea resultado del empleador del lugar de trabajo, venta de activas o ramificación de, fusión u otra combinación con ese empleador en relación con el Titular de la Póliza; o
- reemplaza a un Plan Anterior de seguro colectivo de ingresos por discapacidad que le haya dado un empleador anterior, cuando el reemplazo resulta de que el empleador del lugar de trabajo establezca una relación de coempleador con el Titular de la Póliza.

**Plan Anterior** se refiere al plan del seguro colectivo de ingresos por discapacidad que le dé el Titular de la Póliza o el empleador anterior del lugar de trabajo el día antes de la Fecha de Reemplazo y que se sustituye con este seguro.

**Fecha de Reemplazo** se refiere a la fecha de inicio del Seguro de Ingresos por Discapacidad según esta Póliza Colectiva o en que la fecha de esta Póliza Colectiva reemplace a un Plan Anterior, lo que ocurra de último.

### Reglas para cuando el Seguro entra en vigor si usted estuviera asegurado por el Plan Anterior el día antes de la Fecha de Reemplazo:

- **Si usted está en trabajo activo el día antes de la Fecha de Reemplazo**, quedará asegurado para el Seguro de Ingresos por Discapacidad según este certificado en la Fecha de Reemplazo.
- **Si usted no está trabajando activamente en esa fecha porque es discapacitado**, quedará asegurado por el Seguro de Ingresos por Discapacidad según este certificado en la Fecha de Reemplazo.

Acreditaremos el tiempo que usted haya acumulado del Período de Eliminación del Plan Anterior para el cumplimiento del Período de Eliminación que debe cumplir según este certificado.

Los beneficios pagados por dicha discapacidad serán iguales a los que le hubieran pagado mediante el Plan Anterior menos cualquier cantidad por la que la compañía aseguradora anterior sea responsable.

Los pagos de beneficios por dicha discapacidad terminarán en la fecha que llegue antes:

- la fecha en la que terminan los pagos según la subsección FECHA DE TERMINACIÓN DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS en este certificado; o
- la fecha en que los pagos se habrían terminado según las disposiciones del Plan del Seguro Anterior.
- **Si usted no está trabajando activamente en esa fecha por cualquier otra razón**, quedará asegurado para el Seguro de Ingresos por Discapacidad según este certificado en la fecha que vuelva al trabajo activo.

### Reglas para cuando el seguro entra en vigor si usted no estuviera asegurado por el Plan Anterior el día antes de la Fecha de Reemplazo:

- Usted será elegible para el Seguro de Ingresos por Discapacidad según este certificado cuando cumpla los requisitos de elegibilidad para dicho seguro según se describe en las DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED; y
- Acreditaremos el tiempo que usted haya acumulado en el Plan Anterior para el período de espera de elegibilidad según el Plan Anterior para satisfacer el período de espera de elegibilidad que debe cumplir según este certificado.

## **REGLAS ESPECIALES PARA GRUPOS ASEGURADOS ANTERIORMENTE CON UN PLAN DE SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD (continúa)**

### **Reglas para las condiciones preexistentes**

Para determinar si una discapacidad se debe a una condición preexistente, le acreditaremos el tiempo que estuviera asegurado por el Plan Anterior. Si su discapacidad se debe a una condición preexistente según se describe en este certificado, pero no se hubiera debido a una condición preexistente según el Plan Anterior, pagaremos un beneficio igual al menor de:

- la cantidad de beneficio según este certificado; o
- el beneficio de seguro de ingresos por discapacidad que le habrían pagado en virtud del Plan Anterior.

Si su discapacidad se hubiera debido a una condición preexistente según el Plan Anterior, la trataremos como si hubiera sido causada por una condición preexistente según este certificado.

### **Reglas de recuperación temporal de una discapacidad según el Plan Anterior**

Eximiremos el Período de eliminación que se habría aplicado a una discapacidad según este certificado si usted:

- recibió beneficios por una discapacidad que comenzó durante el Plan Anterior (“discapacidad del Plan Anterior”);
- regresó a trabajo activo antes de la Fecha de reemplazo;
- quedó discapacitado, como se define en este certificado, después de la Fecha de reemplazo y en un plazo de 90 días desde que regresó al trabajo debido a una enfermedad o lesión accidental relacionada con la discapacidad del Plan anterior;
- ya no tiene derecho a pagos de beneficios por la discapacidad del Plan Anterior debido a que ya no está asegurado por dicho Plan; y
- habría tenido derecho a pagos de beneficios sin un período de eliminación adicional según el Plan Anterior si hubiera seguido en vigor.

## **CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA**

### **PARA PERMISOS DE AUSENCIA POR MOTIVOS FAMILIARES Y MÉDICOS**

Ciertos permisos podrían calificar para la continuación del seguro según la Ley de Licencia 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 correspondiente para obtener información sobre las leyes de permisos de ausencia legalmente autorizados.

### **A ELECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

El Titular de la Póliza eligió continuar el seguro pagando las primas para los empleados que no estén discapacitados y que dejen de trabajar activamente en una clase elegible por cualquiera de los motivos especificados abajo.

El Seguro de Ingresos por Discapacidad continuará para los siguientes períodos:

1. por el período en el que usted deja el trabajo activo en una clase elegible debido a una lesión o enfermedad, hasta por 3 meses;
2. por el período en el que usted deja el trabajo activo en una clase elegible debido a una suspensión del empleo, hasta el final del mes en que deje el trabajo activo;
3. por el período en el que usted deja el trabajo activo en una clase elegible debido a cualquier otro permiso de ausencia aprobado por el empleador del lugar de trabajo, hasta por 60 meses.

Al final de cualquiera de los períodos de continuidad indicados arriba, su seguro se verá afectado de la siguiente manera:

- si usted reanuda el trabajo activo en una clase elegible en este momento, seguirá estando asegurado según la Póliza colectiva;
- si no regresa al trabajo activo en una clase elegible en este momento, se considerará que su empleo habrá terminado y su seguro se terminará de acuerdo con la subsección FECHA EN QUE SE TERMINA SU SEGURO de la sección DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED.

## **EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD**

Requerimos evidencia de asegurabilidad satisfactoria para nosotros de la siguiente manera:

- si usted hace una solicitud tardía para el Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo. Una solicitud tardía es la que se hace más de 60 días desde que sea elegible por primera vez para inscribirse en el Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo y usted no se inscribió para dicho seguro durante ese período.

Si no nos presenta la evidencia de asegurabilidad, o si no aceptamos dicha evidencia como satisfactoria, no estará cubierto por el Seguro de Ingresos por Discapacidad: Beneficios de Corto Plazo.

La evidencia de asegurabilidad se debe presentar por su cuenta.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: BENEFICIOS DE CORTO PLAZO**

Si queda discapacitado mientras está asegurado, debe enviarnos una Prueba de discapacidad. Cuando recibamos la Prueba, revisaremos el reclamo. Si autorizamos el reclamo, pagaremos el Beneficio Semanal hasta el Período Máximo de Beneficios que se indica en el CUADRO DE BENEFICIOS, sujeto a la sección Fecha de terminación de los pagos de beneficios.

Para verificar que usted continúa discapacitado sin interrupciones después de nuestra autorización inicial del reclamo de discapacidad, es posible que pidamos periódicamente que nos envíe Prueba de que continúa discapacitado. Dicha Prueba puede incluir exámenes físicos, exámenes por examinadores médicos independientes, entrevistas en casa o exámenes de capacidad funcional, según sea necesario.

Mientras esté discapacitado, los Beneficios Semanales descritos en este certificado no se verán afectados si:

- su seguro se termina; o
- la Póliza Colectiva se modifica para cambiar el plan de beneficios de su clase.

### **PAGO DE BENEFICIOS**

Si autorizamos su reclamo, los beneficios comenzarán a acumularse el día después del día que termine su Período de Eliminación. Pagaremos el primer Beneficio Semanal una semana después de la fecha en la que los beneficios comiencen a acumularse. Nosotros haremos pagos posteriores semanalmente después de eso siempre que usted siga discapacitado. El pago se basará en el número de días que usted esté discapacitado cada semana. Para cualquier semana parcial de discapacidad, el pago se hará a la tasa diaria de 1/7 del Beneficio Semanal pagadero.

Le pagaremos Beneficios Semanales a usted. Si usted muere, pagaremos cualquier cantidad de los beneficios pendientes de pago según se describe en la subsección de las DISPOSICIONES GENERALES titulada Pagos del beneficio de ingresos por discapacidad: a quién le pagaremos.

Mientras reciba los Beneficios semanales, se le pedirá que continúe pagando por el costo de cualquier seguro de ingresos por discapacidad definido como Seguro contributivo.

### **RECUPERACIÓN DE UNA DISCAPACIDAD**

Para los fines de esta disposición, usted debe estar en trabajo activo como está definido en el plan.

Las cláusulas de esta subsección no se aplicarán si su seguro ha terminado y usted es elegible para la cobertura de otro plan colectivo de discapacidad de corto plazo.

#### **Si regresa al trabajo activo antes de completar su Período de Eliminación**

Si vuelve a trabajar activamente antes de que termine su Período de Eliminación y después queda discapacitado, tendrá que completar otro Período de Eliminación.

#### **Si vuelve al trabajo activo después de que termine su Período de Eliminación**

Si vuelve a trabajar activamente después de que comience a recibir Beneficios Semanales, consideraremos que se recuperó de su discapacidad.

Si regresa al trabajo activo por un período de 30 días o menos, y después vuelve a quedar discapacitado debido a la misma enfermedad o lesión accidental o una relacionada, no le pediremos que complete un nuevo Período de Eliminación. Para determinar sus beneficios, consideraremos dicha discapacidad como parte de la discapacidad original, usaremos los mismos Ingresos antes de la Discapacidad y aplicaremos las mismas condiciones, disposiciones y términos que se usaron para la discapacidad original.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: BENEFICIOS DE CORTO PLAZO (continúa)**

### **INCENTIVOS PARA REHABILITACIÓN**

#### **Incentivo de programas de rehabilitación**

Si usted participa en un programa de rehabilitación, aumentaremos su Beneficio Semanal en una cantidad igual al 10% del Beneficio Semanal. Eso lo haremos antes de reducir su Beneficio Semanal por cualquier otro ingreso.

#### **Incentivo para trabajar**

Si trabaja mientras está discapacitado y recibiendo Beneficios Semanales, su Beneficio Semanal se ajustará de la siguiente manera:

- su Incentivo del Programa de Rehabilitación, si lo hubiera, aumentará su Beneficio Semanal; y
- se reducirá por otros ingresos según se definen en la sección SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD.

Su Beneficio semanal ajustado como se muestra arriba no se reducirá por la cantidad que usted gane por trabajar, excepto en la medida en que dicho Beneficio semanal ajustado más la cantidad que usted gane por trabajar y lo que reciba de otros ingresos superen el 100% de sus ingresos antes de la discapacidad según lo calculado en la definición de Discapacidad. Además, no se aplicará el Beneficio Semanal Mínimo.

#### **Incentivo de atención de la familia**

Si usted trabaja o participa en un programa de rehabilitación mientras está discapacitado, le reembolsaremos hasta \$100 de gastos semanales en que incurra por cada familiar para dar:

- Atención para su hijo o el hijo de su cónyuge, un hijo adoptado legalmente, un menor del que usted o su cónyuge son tutores y que:
  - vive con usted como parte de su grupo familiar;
  - depende de usted para manutención; y
  - es menor de 13 años.

El cuidado infantil debe darlo un proveedor autorizado de atención infantil que no puede ser un miembro de su familia inmediata ni alguien que viva con usted.

- Atención para su familiar que:
  - vive con usted como parte de su grupo familiar;
  - depende principalmente de usted para apoyo; y
  - no puede vivir solo, independientemente de la edad, debido a una discapacidad mental o física según lo define la ley vigente.

La atención a su familiar no puede darla un miembro de su familia inmediata.

Le haremos pagos de reembolso semanales comenzando con el 4.º pago de Beneficio Semanal. No se harán pagos que superen el Período Máximo de Beneficios. No le reembolsaremos ningún gasto para el que sea elegible para pago de ninguna otra fuente. Debe enviar la Prueba de que hizo los gastos.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: BENEFICIOS DE CORTO PLAZO (continúa)**

### **Incentivo para gastos de mudanza**

Si participa en un programa de rehabilitación mientras está discapacitado, podemos reembolsarle los gastos en los que incurra para mudarse a una residencia nueva recomendada como parte de su programa de rehabilitación. Nosotros debemos autorizar esos gastos con anticipación.

Debe enviar la Prueba de que hizo los gastos para mudarse.

No le reembolsaremos los gastos si fueron por servicios prestados por un miembro de su familia inmediata o alguien que vive con usted.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD**

Reduciremos su beneficio por discapacidad restando la cantidad de todos los otros ingresos. Entre los otros ingresos se incluyen:

1. Cualquier beneficio por discapacidad o jubilación que usted recibe debido a su discapacidad o jubilación según:
  - cualquier plan de jubilación o discapacidad de los empleados estatales, públicos o federales, incluyendo el Sistema de Jubilación de Maestros del Estado (STRS); Sistema de Jubilación de Empleados Públicos (PERS) o el Sistema de Jubilación Federal (FERS). Debe solicitar dichos beneficios mediante el nivel de apelación más alto que se aplique a tales beneficios y que esté disponible según el plan;
  - cualquier plan de pensión o discapacidad de cualquier otro país o subdivisión política.
2. Cualquier ingreso que se reciba por discapacidad o jubilación según el Plan de jubilación del Titular de la Póliza, proporcionado por cualquiera de sus empleadores del lugar de trabajo, en la medida en que se pueda atribuir a las aportaciones del empleador del lugar de trabajo;
3. Cualquier ingreso recibido por discapacidad según:
  - una póliza de seguro colectivo a la que el Titular de la Póliza haya hecho una aportación, como:
    - beneficios por pérdida de tiempo de trabajo por una discapacidad;
    - pagos a plazos por una discapacidad total permanente;
  - una ley de seguro de auto sin culpa (no-fault auto law) por pérdida de ingresos, excluyendo beneficios por discapacidad complementarios;
  - un plan o programa de beneficios gubernamental obligatorio que paga por la pérdida de tiempo de trabajo debido a una discapacidad, ya sea que el pago lo haga directamente al plan o programa o mediante un tercero;
  - un plan financiado por cuenta propia, u otro acuerdo si el empleador contribuye al plan o hace deducciones de nómina para el plan;
  - cualquier pago por enfermedad, pago por vacaciones u otra continuidad salarial que el empleador del lugar de trabajo le pague. "Continuación del sueldo" no incluye el Subsidio de sueldo. Además, no se aplicará el Beneficio Semanal Mínimo si usted ya recibe el 100% de sus Ingresos antes de la Discapacidad;
  - programa o ley de seguro por desempleo;
4. Los ingresos que usted recibe por trabajar estando discapacitado en la medida en que dichos ingresos reducen la cantidad de su Beneficio Semanal según se describe en INCENTIVOS PARA REHABILITACIÓN. Esto incluye, entre otros, salario, comisiones, pago por horas extra, bonificaciones u otros acuerdos de pago adicional de cualquier fuente; y
5. Cantidades de recuperación que usted recibe por pérdida de ingresos como resultado de reclamos contra un tercero por sentencia, acuerdo u otros, incluyendo ganancias futuras.

### **REDUCIR SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD EN LA CANTIDAD ESTIMADA DE SU PLAN O PROGRAMA DE BENEFICIOS GUBERNAMENTAL OBLIGATORIO, O STRS, PERS O FERS, U OTRO PLAN O PROGRAMA DE BENEFICIOS DE JUBILACIÓN O POR DISCAPACIDAD PARA EMPLEADOS PÚBLICOS**

Si hay una base razonable para que usted solicite beneficios según un plan o programa gubernamental obligatorio, o un plan o programa de jubilación o por discapacidad para empleados federales, estatales u otros empleados públicos, incluyendo un Sistema de Jubilación STRS, PERS o FERS, esperamos que usted solicite dichos beneficios.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD (continúa)**

1. Con respecto a los planes o programas de beneficios gubernamentales obligatorios, o planes o programas de beneficios STRS, PERS, FERS, solicitar significa buscar dichos beneficios mediante todos los niveles de apelación aplicables disponibles según dichos planes o programas de beneficios. Usted debe, en un plazo de 4 semanas desde la fecha en que queda discapacitado:

- enviarnos una Prueba de que solicitó los beneficios según dichos planes o programas; y
- firmar un acuerdo de reembolso en el que usted acepta devolvernos cualquier pago en exceso que le hagamos según este seguro.

Si usted no cumple los requisitos de arriba, reduciremos su beneficio por discapacidad por la cantidad de dicho beneficio del plan o programa de beneficios gubernamental obligatorio, o beneficio de STRS, PERS o FERS que calculamos que usted es elegible para recibir, siempre que tengamos los medios razonables para hacer dicho cálculo. Empezaremos a hacerlo con el primer pago de beneficios por discapacidad según este certificado que coincida con la fecha en que era elegible para recibir dicho beneficio del plan o programa de beneficios gubernamental obligatorio, o beneficios de STRS, PERS o FERS según tales planes o programas.

2. Con respecto al beneficio de los sistemas STRS, PERS o FERS, un plan o programa de beneficios gubernamental obligatorio, o si recibe la autorización o la denegación final del reclamo de dichos beneficios, debe avisarnos de inmediato. Ajustaremos la cantidad de su beneficio por discapacidad. Debe devolvernos inmediatamente cualquier pago en exceso que le hagamos.

### **PAGO ÚNICO**

Si usted recibe otros ingresos en un pago único, debe entregarnos, en un plazo de 10 días desde que reciba dicho pago, una Prueba por escrito que sea satisfactoria para nosotros de:

- la cantidad del pago único;
- la cantidad correspondiente al reemplazo de los ingresos; y
- el período de tiempo para el que se aplica el pago.

Cuando recibamos dicha Prueba, ajustaremos la cantidad de su beneficio por discapacidad.

Si no recibimos la Prueba por escrito descrita arriba, y sabemos la cantidad del pago único, podemos reducir su beneficio por discapacidad en una cantidad igual a dicho beneficio hasta que se haya agotado el pago único.

Si ajustamos la cantidad de su beneficio por discapacidad debido a un pago único, la cantidad del ajuste no dará como resultado una cantidad de beneficio menor que la cantidad mínima, excepto en el caso de un pago en exceso.

Si usted recibe otros ingresos en un pago único y nosotros no recibimos la Prueba por escrito descrita arriba en un plazo de 10 días desde que recibió el pago único, ajustaremos la cantidad de su beneficio por discapacidad según la cantidad de dicho pago.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: INGRESOS QUE NO REDUCIRÁN SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD**

No reduciremos su beneficio por discapacidad a una cantidad menor que la del Beneficio Mínimo que está en el CUADRO DE BENEFICIOS, ni por:

- ajustes en el costo de vida que se paguen según cualquiera de las fuentes de otros ingresos que se mencionan arriba;
- honorarios razonables de abogado incluidos en cualquier adjudicación o acuerdo;
- seguro de crédito colectivo;
- beneficios de seguro hipotecario por discapacidad;
- beneficios por jubilación anticipada que usted no haya tomado voluntariamente;
- beneficios de veteranos;
- pólizas de seguro individual de ingresos por discapacidad;
- beneficios recibidos de un pago acelerado de beneficio por muerte; o
- cantidades transferidas a un plan con beneficios fiscales, a menos que usted las reciba posteriormente mientras está recibiendo pagos de beneficios.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: FECHA DE TERMINACIÓN DE LOS PAGOS DE BENEFICIOS**

Sus pagos de beneficios por discapacidad se terminarán en (lo que ocurra primero):

- el fin del Período Máximo de Beneficios;
- la fecha en la que usted ya no esté discapacitado;
- la fecha en que usted muera;
- la fecha en que usted no se haga un examen médico que nosotros pidamos según se describe en la subsección Exámenes Físicos de la sección DISPOSICIONES GENERALES;
- la fecha en que usted no entregue la Prueba necesaria de continuación de la discapacidad.

Mientras esté discapacitado, los beneficios descritos en este certificado no se verán afectados si:

- su seguro se termina; o
- la Póliza Colectiva se modifica para cambiar el plan de beneficios de su clase.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD**

### **BENEFICIO ADICIONAL DE CORTO PLAZO: DONANTE DE ÓRGANOS**

Si queda discapacitado como resultado de un procedimiento de trasplante de órganos mientras está asegurado, debe enviarnos una Prueba de discapacidad. Cuando recibamos dicha prueba, revisaremos el reclamo. Si autorizamos el reclamo, pagaremos el beneficio de donante de órganos que se muestra abajo.

Si pagamos este beneficio, usted no tendrá que completar un Período de Eliminación y no estará sujeto a la sección de CONDICIONES PREEXISTENTES por el propósito de tal procedimiento de trasplante de órganos.

### **CANTIDAD DEL BENEFICIO**

Aumentaremos su Beneficio semanal en una cantidad adicional igual al 10% de su Beneficio semanal. Este aumento se aplicará al primer pago de Beneficio Semanal y continuará mientras usted siga discapacitado, hasta el Período Máximo de Beneficios.

## SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: CONDICIONES PREEXISTENTES

**Condición preexistente** es una enfermedad o lesión accidental para la que usted:

- recibió tratamiento, consultas, atención o servicios médicos; o
- tomó medicamentos con receta o le han recetado medicamentos;

en los 3 meses antes de que su seguro según este certificado entrara en vigor.

No pagaremos beneficios por una discapacidad producto de una condición preexistente si usted ha trabajado activamente menos de 12 meses consecutivos después de la fecha en la que su seguro por discapacidad entró en vigor según este certificado.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD LIMITADOS**

### **Para discapacidades ocupacionales**

No pagaremos beneficios por ninguna discapacidad:

- que ocurra durante cualquier trabajo que usted haga por un salario o una ganancia; o
- para la que usted sea elegible para recibir beneficios según la ley de compensación de los trabajadores o una similar.

## **SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: EXCLUSIONES**

No pagaremos por ninguna discapacidad que sea resultado, o a la que haya contribuido:

1. una guerra, ya sea declarada o no, o un acto de guerra, insurrección, rebelión o acto terrorista;
2. su participación activa en un disturbio;
3. lesión infligida por uno mismo intencionadamente;
4. intento de suicidio; o
5. cometer o intento de cometer un delito grave.

No pagaremos Beneficios de corto plazo por ninguna discapacidad que se haya causado, o a la que haya contribuido, por un tratamiento o procedimientos electivos, como:

1. cirugía estética o tratamientos con el objetivo principal de cambiar la apariencia;
2. reversión de la esterilización;
3. liposucción;
4. cirugía correctiva de la vista; y
5. fertilización in vitro, procedimiento de transferencia de embriones o inseminación artificial.

Sin embargo, los embarazos y las complicaciones de cualquiera de estos procedimientos se tratarán como una enfermedad.

# PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DEL SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD

Si su plan de beneficios requiere que los reclamos se envíen por medios electrónicos o telefónicos, comuníquese con el Titular de la Póliza para obtener más información de este proceso.

Si no se puede presentar a trabajar activamente debido a una enfermedad o lesión accidental y cree que podría estar discapacitado, debe comunicarse con MetLife o con su representante de beneficios para iniciar un reclamo. Le recomendamos que lo haga no más de 14 días después del primer día en que no pueda presentarse a trabajar activamente para que se pueda procesar su reclamo de forma oportuna.

Cuando presenta un reclamo inicial por beneficios del Seguro de Ingresos por Discapacidad descrito en este certificado, nos debe enviar la notificación del reclamo y la Prueba solicitada en un plazo de 90 días desde el fin del Período de eliminación.

También puede entregarnos la notificación del reclamo y la Prueba del Seguro de Ingresos por Discapacidad siguiendo los pasos que se mencionan abajo:

## Paso 1

Puede avisarnos llamando gratis al teléfono de la portada del certificado en un plazo de 20 días desde la fecha de una pérdida.

## Paso 2

Le enviaremos un formulario de reclamo y le explicaremos cómo completarlo. Debería recibir el formulario de reclamo en un plazo de 15 días desde que nos haya avisado del reclamo.

## Paso 3

Cuando reciba el formulario de reclamo, debe completarlo según las instrucciones y devolverlo con la Prueba necesaria descrita en dicho formulario. Si no recibe un formulario de reclamo en un plazo de 15 días desde que nos haya avisado del reclamo, la Prueba se puede enviar usando cualquier formulario adecuado para entregárnosla.

## Paso 4

Debe darnos la Prueba no más de 90 días después del final del Período de eliminación.

Si no se entrega el aviso del reclamo ni la Prueba en los plazos límites de tiempo descritos en esta sección, el atraso no causará que el reclamo se deniegue ni se reduzca si dicho aviso y Prueba se entregan en un plazo de 90 días desde el final del Período de Eliminación o, si no es razonablemente posible informar del reclamo o entregar la Prueba en ese período, se hace tan pronto como sea razonablemente posible.

## Qué se debe presentar en un reclamo de Seguro de Ingresos por Discapacidad

Cuando se presenta una Prueba para un reclamo inicial del Seguro de Ingresos por Discapacidad o para su continuación, es posible que se pida lo siguiente:

- Documentación que debe incluir, entre otros, los siguientes datos:
  - la fecha de comienzo de su discapacidad;
  - la causa de su discapacidad;
  - el pronóstico de su discapacidad; y
  - la continuación de su discapacidad.
- Su solicitud de:
  - fuentes de otros beneficios;
  - beneficios por discapacidad del Seguro Social federal; y
  - beneficios de compensación de los trabajadores o beneficios según una ley similar.
- Autorización por escrito para que obtengamos y revelemos información médica, laboral y financiera, y cualquier otro documento que razonablemente podamos necesitar para documentar su discapacidad o para determinar que recibe beneficios de otras fuentes o que es elegible para recibirlos.
  - Toda la información médica, incluyendo, entre otros:

## PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DEL SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD (continúa)

- radiografías; y
- fotocopias de expedientes médicos, incluyendo:
  - historias;
  - exámenes físicos, mentales o de diagnóstico; y
  - notas de tratamiento.
- Nombres y direcciones de:
  - todos los médicos y proveedores de asistencia médica que le han dado diagnóstico, tratamiento o consultas;
  - todos los hospitales u otros centros médicos que le han dado diagnóstico, tratamiento o consultas; y
  - todas las farmacias que han surtido sus recetas en los últimos tres años.
- Otros elementos de prueba necesarios y descritos en las disposiciones adicionales del plan al que está presentando un reclamo de beneficios.

**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.

### Pagos del beneficio de ingresos por discapacidad: A quién le pagaremos

Mientras usted viva, le haremos los pagos de beneficios a usted o a su representante legal como Beneficiario. Cualquier pago hecho de buena fe nos eximirá de obligación en la medida de dicho pago.

Cuando usted muera, pagaremos cualquier cantidad que se deba a su Beneficiario designado. Si cuando usted muere no hay ningún Beneficiario designado ni Beneficiario designado sobreviviente, nosotros podemos determinar al Beneficiario de cualquier cantidad que se adeude, en el siguiente orden:

1. cónyuge o pareja doméstica, si vive;
2. sus hijos, si no hay un cónyuge o una pareja doméstica sobreviviente;
3. sus padres, si no hay hijos sobrevivientes;
4. sus hermanos, si no hay padres sobrevivientes;
5. su patrimonio, si no hay hermanos sobrevivientes.

Si más de una persona es elegible para recibir el pago, dividiremos la cantidad del beneficio en partes iguales.

El pago a un menor o a una persona incompetente se hará al tutor de la persona. El término “hijos” o “hijo” incluye a los hijos biológicos y a los adoptados.

Cualquier pago periódico que se deba a su patrimonio se podrá hacer en un solo pago.

### 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 por Discapacidad 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.

### **Pagos en exceso del Seguro de Ingresos por Discapacidad**

#### **Recuperación de los pagos en exceso**

Tenemos derecho a recuperar cualquier cantidad que determinemos que sea un pago en exceso.

Hay un pago en exceso si determinamos que:

- la cantidad total que pagamos por su reclamo es mayor que el total de los beneficios que se le deben según este certificado; o
- el pago que hicimos debería haberlo hecho otro plan colectivo.

Si ocurre dicho pago en exceso, usted tiene la obligación de reembolsárnoslo. Nuestros derechos y sus obligaciones relacionadas se describen en el acuerdo de reembolso que usted debe firmar cuando presenta un reclamo de beneficios según este certificado. Este acuerdo:

- confirma que usted nos reembolsará todos los pagos en exceso; y
- nos autoriza a obtener cualquier información relacionada con fuentes de otros ingresos.

#### **Cómo recuperamos los pagos en exceso**

Podemos recuperar los pagos en exceso que le hagamos:

- cancelando o reduciendo cualquier beneficio por discapacidad futuro, incluyendo el Beneficio Mínimo, que se le deba pagar a usted o a cualquier otro beneficiario según las secciones sobre discapacidad de este certificado;
- exigiéndole a usted un reembolso inmediato del pago en exceso; y
- tomando medidas legales.

Si el pago en exceso es resultado de que nosotros le hicimos a un pago que debía haber hecho otro plan colectivo, podemos recuperar dicho pago en exceso de una o más de las siguientes:

- cualquier otra compañía aseguradora;
- cualquier otra organización; o
- cualquier otra persona a quien o por quien se haya hecho el pago.

## DISPOSICIONES GENERALES

### Derecho de retención y reembolso

Si usted queda discapacitado y recibe beneficios por discapacidad según este certificado y recibe un pago de un tercero por pérdida de ingresos por la misma pérdida de ingresos por la que recibió los beneficios según este certificado (por ejemplo, una sentencia, un acuerdo, un pago del Seguro Social federal o un pago según las leyes de compensación de los trabajadores), debe reembolsarnos dicho pago hasta una cantidad igual a los beneficios que le hayamos pagado según este certificado por esa discapacidad. Nuestro derecho a recibir el reembolso de cualquiera de dichos pagos será un reclamo o derecho a retención de tales pagos, y tendremos derecho a un reclamo o derecho de retención de primera prioridad sobre dichos pagos hasta por la cantidad total de los beneficios que se le hayan pagado según este certificado por dicha discapacidad. Usted acepta tomar todas las medidas necesarias para permitirnos ejercer nuestros derechos según esta disposición incluyendo, sin limitación:

- informarnos lo más pronto posible de cualquier pago que reciba o que tenga derecho a recibir de un tercero por la pérdida de ingresos con respecto a la misma pérdida de ingresos por la que recibió beneficios según este certificado;
- proporcionarnos los documentos y otra información según se los pidamos o lo pida cualquier persona que esté trabajando en nuestro nombre; y
- mantener en depósito, o hacer que su representante legal mantenga en depósito, cualquier pago que un tercero le haya hecho a usted o a cualquier otra parte por un tercero por la pérdida de ingresos con respecto a la misma pérdida de ingresos por la que recibió beneficios según este certificado, hasta una cantidad igual a los beneficios que le hayan pagado según este certificado por dicha discapacidad, para que nos los pague de inmediato cuando usted reciba dichos ingresos.

Usted debe cooperar y hacer que su representante legal coopere con nosotros en cualquier esfuerzo de recuperación, y usted no debe interferir en nuestros derechos según esta disposición. Nuestros derechos según esta disposición se aplican ya sea o no que usted haya sido o fuera a ser remunerado totalmente por un tercero por cualquier discapacidad por la que haya recibido o tenga derecho a recibir beneficios según este certificado.

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

# SERVICIOS ESPECIALES

## Programa de reincorporación al trabajo

### Objetivo de rehabilitación

El objetivo de MetLife es centrarse en las capacidades de los empleados, y no en sus discapacidades. Esta filosofía de “capacidades” es la base de nuestro Programa de reincorporación al trabajo. Centrándonos en lo que los empleados pueden hacer y no en lo que no pueden hacer, podemos ayudarlos a reincorporarse al trabajo antes de lo esperado.

### Incentivos para reincorporarse al trabajo

Su plan de discapacidad está diseñado para dar claras ventajas e incentivos económicos para reincorporarse al trabajo, ya sea a tiempo completo o tiempo parcial, a la vez que recibe el beneficio por discapacidad. Además de los incentivos financieros, puede haber beneficios personales por reincorporarse al trabajo. Muchos empleados mejoran su propia estima y tienen la satisfacción personal de ser autosuficientes y productivos otra vez.

### Servicios para reincorporarse al trabajo

Como empleado cubierto, usted es automáticamente elegible para participar en nuestro Programa de reincorporación al trabajo. El programa tiene como objetivo identificar la capacitación y terapia necesarias que pueden ayudarlo a regresar al trabajo. En muchos casos, esto significa ayudarlo a regresar a su antigua ocupación, aunque la rehabilitación también puede dar lugar a una nueva ocupación más adecuada para su condición y que aproveche al máximo sus competencias.

Los servicios que ofrecemos no tienen ningún costo adicional para usted y están diseñados para satisfacer sus necesidades individuales. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

#### 1. Análisis vocacionales

Evaluación y orientación para ayudar a determinar cómo sus competencias, habilidades y capacidades se pueden aplicar a un empleo nuevo o modificado con su empleador.

#### 2. Encuestas del mercado laboral

Estudios para buscar empleos disponibles en la economía nacional que usarían sus capacidades y competencias. También identifica su potencial de ingresos para una ocupación específica.

#### 3. Programas de nueva capacitación

Programas para facilitar la reincorporación a su empleo anterior o para capacitarlo para uno nuevo.

#### 4. Modificaciones/adaptaciones en el trabajo

Análisis de demandas y funciones de los empleos para determinar qué modificaciones se pueden hacer para maximizar sus oportunidades de empleo.

Esto también incluye cambios en su empleo o adaptaciones para ayudarlo a hacer las tareas del empleo anterior o de una vocación similar, como está obligado su empleador del lugar de trabajo según la Ley para estadounidenses con discapacidades (Americans With Disabilities Act, ADA).

#### 5. Competencias para buscar empleo y ayuda para la colocación de empleo

Capacitación especial para identificar competencias, establecer metas, preparar currículums, pulir técnicas para entrevistas y dar otras ayudas de búsqueda de oportunidades de trabajo.

### Personal del Programa de reincorporación al trabajo

El administrador de casos encargado de su reclamo coordinará los servicios de regreso al trabajo. Es posible que lo remitan con un especialista clínico, como un consultor de enfermería, especialista clínico psiquiátrico o consejero de rehabilitación vocacional, que tiene capacitación y educación avanzada para ayudar a las personas con discapacidades a regresar al trabajo. Uno de nuestros especialistas clínicos trabajará directamente con usted y con los servicios y recursos de apoyo locales. Ellos han ayudado a que cientos de personas regresen a un empleo satisfactorio y remunerado.

## **SERVICIOS ESPECIALES**

### **Proveedores especialistas en rehabilitación**

En muchas situaciones se pueden usar los servicios de especialistas independientes de rehabilitación vocacional. Los servicios se obtienen sin costo adicional para usted; MetLife paga todos los servicios de los proveedores. La elección de un proveedor de rehabilitación se basa en:

1. evaluación y recomendaciones del médico de atención directa;
2. sus necesidades vocacionales individuales; y
3. credenciales, especialidad, reputación y experiencia del proveedor.

Cuando trabajamos con proveedores, seguimos colaborando con usted y su médico para preparar un plan adecuado de reincorporación al trabajo.



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](http://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](http://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](mailto: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](mailto: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.

---