

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo



Ayude a proteger sus ingresos y estilo de vida con el Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo.

Es una cobertura que puede ayudarlo a proteger sus ingresos cuando no pueda trabajar.

¿Qué es el Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo (Voluntary Short Term Disability, VSTD)?

Es una forma rentable de ayudar a proteger sus ingresos cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Las lesiones o las enfermedades pueden sucederle a cualquiera, y pueden afectar su capacidad para ganar dinero. Es por eso que los expertos financieros recomiendan contar con un seguro por incapacidad a corto plazo como parte de un plan financiero sólido.

P. ¿Por qué es tan importante contar con un seguro VSTD?

R. Tener una protección VSTD ayuda a cubrir gastos básicos y proteger ahorros, ya que puede ser de ayuda para reemplazar una parte de los ingresos durante las primeras semanas de incapacidad. Los beneficios se mantienen durante la incapacidad hasta un período de beneficios máximo de 13 o 26 semanas de incapacidad (dependiendo del plan en el que está inscrito), lo que incluye el período de eliminación no pago.

P. ¿Cómo sé si cumplo los requisitos para recibir los beneficios del seguro VSTD*?

R. Los empleados del lugar de trabajo que cumplen con los requisitos de elegibilidad según se define en el certificado de la póliza de seguro deben inscribirse durante el período de inscripción siempre y cuando estén trabajando activamente. Es posible que se requieran preguntas médicas. Los empleados inscritos en el plan por STD del 66.7 % patrocinado por el empleador no cumplen los requisitos para recibir beneficios del seguro voluntario por incapacidad a corto plazo que se presta a través de MetLife. Comuníquese con el departamento de Recursos Humanos o con un asesor de MyLife (MyLife Advisor, MLA) de ADP TotalSource al **1-844-448-0325**. El MLA podrá asesorarlo sobre su situación de elegibilidad y le confirmará si cumple los requisitos para obtener los beneficios.

* Los propietarios no remunerados y los empleados del lugar de trabajo que trabajan solo por comisiones y no cobran un sueldo o salario por hora de parte del empleador del lugar de trabajo no son elegibles para tener la cobertura del seguro voluntario por STD que se ofrece a través de MetLife.

P. ¿Puedo tener varias pólizas del seguro VSTD?

R. Los empleados del lugar de trabajo pueden ser elegibles para obtener cobertura y beneficios para varios empleadores del lugar de trabajo. Si usted es elegible para obtener cobertura para varios empleadores del lugar de trabajo, los términos, la cobertura, las condiciones y los derechos descritos en el certificado se aplicarán en forma individual a cada empleador del lugar de trabajo. Para obtener más información, consulte su certificado de cobertura.

Dependiendo del estado en el que viva, los beneficios por incapacidad se pueden ver afectados por los beneficios reglamentarios.

* Puede elegir un beneficio del seguro VSTD del 20 % si está inscrito en un plan por STD del 60 % patrocinado por la empresa. Si está inscrito en un plan por STD del 66.7 % patrocinado por la empresa, no podrá elegir ninguna cobertura por STD voluntaria adicional.

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

P. ¿Tiene ADP TotalSource una regulación de activo en el empleo?

R. Sí. La definición de “activo en el empleo” se aplica a todos los empleados del lugar de trabajo con cobertura. Los empleados del lugar de trabajo deben estar activos en el empleo o desempeñando todas las tareas habituales y acostumbradas de su trabajo. Esto debe realizarse en uno de los siguientes lugares:

- El domicilio comercial del empleador.
- Un lugar alternativo aprobado por el empleador.
- Un lugar al que les exija viajar el negocio del empleador.

Se considerará que los empleados del lugar de trabajo están activos en el empleo durante los fines de semana, las vacaciones aprobadas, los feriados o los cierres comerciales si están trabajando activamente el último día de trabajo programado que preceda a dicho período de ausencia.

P. ¿Puedo seguir recibiendo los beneficios si vuelvo al trabajo en jornada reducida?

R. Quizás. Siempre y cuando usted esté incapacitado y cumpla con los términos de su plan de incapacidad, puede reunir los requisitos para los beneficios por incapacidad ajustados.

Su plan ofrece incentivos financieros y de rehabilitación diseñados para ayudarlo a regresar al trabajo cuando corresponda, aunque trabaje jornada reducida, cuando participa en un programa de rehabilitación aprobado.

Mientras esté incapacitado, puede recibir hasta el 100 % de los ingresos que tenía antes de la incapacidad¹ luego de regresar al trabajo y combinar el beneficio por incapacidad, los ingresos del trabajo y otras fuentes de ingresos.

Si participa en un programa de rehabilitación mientras está incapacitado, aumentaremos el beneficio semanal en un monto equivalente al 10 %. Lo haremos antes de reducir su beneficio semanal por otros ingresos.

P. ¿Qué sucede si regreso al trabajo activo?

R. Si regresa a trabajar activamente antes de completar su período de eliminación y vuelve a quedar incapacitado, deberá completar un nuevo período de eliminación. Es posible que se requiera información médica adicional. Si regresa a trabajar activamente después de cumplir el período de eliminación, consideraremos que se recuperó de la incapacidad.

P. ¿El plan VSTD está sujeto a impuestos²?

R. No, el plan del seguro voluntario por incapacidad a corto plazo está cubierto al 100 % por el empleado y no está sujeto a impuestos.

P. ¿Qué es una Declaración de Salud (Statement of Health, SOH) y cómo sabré si la necesito?

R. Una Declaración de Salud (Statement of Health, SOH) es una serie de preguntas médicas que nos sirven para evaluar su salud general. Según el plan de su empleador del lugar de trabajo y el monto de cobertura que solicite, es posible que se le pida que complete una Declaración de Salud. En caso de que se requiera una Declaración de Salud, el administrador de su plan pondrá en marcha el proceso y se proporcionarán instrucciones.

P. ¿Cómo pago mi seguro voluntario por incapacidad a corto plazo?

R. Las primas se pagan a través de deducciones salariales.

P. Si vivo en un estado que tiene un plan estatal por incapacidad o licencia por enfermedad, ¿debo inscribirme en el VSTD?

R. Si trabaja en un estado que establece beneficios por incapacidad o licencia médica remunerada (“beneficios estatales”)³, debe analizar con atención si quiere inscribirse en esta cobertura. Si es elegible para recibir beneficios estatales, debe solicitarlos si así lo exige la legislación estatal. Siempre que la ley lo permita, el beneficio del seguro VSTD se verá reducido por los beneficios estatales u otros beneficios gubernamentales que correspondan. Dependiendo de su compensación, del monto del beneficio estatal y de otros factores, es posible que solo reciba el beneficio semanal mínimo. Analice, en función de sus circunstancias particulares, si necesita recibir una cobertura adicional, además del beneficio estatal.

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

Inscribirse en el plan VSTD permite complementar sus ingresos si no puede trabajar por una incapacidad. Si se inscribe en el plan del 60 %, su pago puede ajustarse en función de lo que le pague su estado³. No habrá reducciones si se inscribe en el plan del 20 %. Le aconsejamos que investigue qué está disponible en su estado para determinar si el beneficio de VSTD es una buena opción para usted.

P. ¿Cuándo puedo inscribirme?

R. Puede inscribirse como un nuevo empleado en caso de un evento calificador o durante la inscripción anual. Si ya no se lo considera un empleado nuevo, deberá responder preguntas de salud para inscribirse o aumentar una cobertura. Cuanto antes se inscriba, más pronto disfrutará de la protección financiera adicional que brinda la cobertura por incapacidad.

P. ¿Qué ocurre si no hago ningún cambio durante la inscripción anual?

R. Si no realiza cambios durante la inscripción anual, recibirá por defecto la cobertura que eligió el año anterior. Es posible que desee revisar su cobertura todos los años durante la inscripción anual para asegurarse de que siga ajustándose a sus necesidades.

P. ¿Qué sucede cuando quiero presentar un reclamo?

R. Para presentar reclamos, se debe llamar al **1-877-ADPTS01** o al **(877-237-8701)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del este, o iniciar sesión en mybenefits.metlife.com/ADPTotalSource. Puede realizarse un seguimiento del estado de su reclamo en línea o en la aplicación MetLife US. Busque “MetLife” en App Store o Google Play para descargar la aplicación.

P. ¿Qué sucede si presento mi reclamo con retraso?

R. Se considerará que el reclamo está atrasado si lo presenta después de los 90 días de la finalización del período de eliminación. Revisaremos toda la información disponible en el reclamo para poder tomar una decisión en cuanto al reclamo. Si esto no ocurre, le notificaremos qué información necesitamos para tomar una decisión.

P. ¿Cómo procesa MetLife mi reclamo por incapacidad a corto plazo?

R. Una vez presentado el reclamo, se enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de 24 horas, en la que se comunicará al empleado del lugar de trabajo la información necesaria para aprobar su reclamo. Se incluirá un formulario de autorización médica que el empleado del lugar de trabajo debe firmar y devolver lo antes posible. El empleado del lugar de trabajo también tendrá la opción de completar esta autorización en forma electrónica a través de MyBenefits mybenefits.metlife.com/ADPTotalSource, o bien, puede solicitar que se le envíe una copia por correo electrónico si desea agilizar el proceso.

MetLife enviará un formulario para la configuración de la transferencia electrónica de fondos (EFT) en caso de que los empleados del lugar de trabajo deseen recibir el depósito directo de los pagos por incapacidad.

Los empleados del lugar de trabajo pueden comunicar un reclamo futuro, por ejemplo, un embarazo o una intervención quirúrgica prevista, mediante el mismo método para comunicar una incapacidad actual, hasta 30 días antes de la última fecha de trabajo prevista.

P. ¿Qué es el período de eliminación?

R. Los pagos del beneficio por STD comienzan después del período de eliminación no remunerado de 7 o 14 días. Los beneficios comienzan a pagarse una vez finalizado el Período de Eliminación no remunerado (el día 8 o el día 15 del calendario). Si la incapacidad se debe a una lesión, algunos planes no cuentan con un período de eliminación no remunerado. El período de beneficios por STD máximo incluye el período de eliminación no pago de 7 o 14 días.

Ejemplos:

Se aprueba un reclamo cuya fecha de incapacidad es el 30 de enero. El plan del empleado del lugar de trabajo tiene un período de eliminación de 14 días no pago y un período de beneficio máximo de 26 semanas. Las 26 semanas

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

incluyen el período de eliminación no remunerado del 30 de enero al 12 de febrero y los beneficios son pagaderos a partir del 13 de febrero por las 24 semanas restantes del período de beneficio máximo.

Se aprueba un reclamo cuya fecha de incapacidad es el 11 de junio. El plan del empleado del lugar de trabajo tiene un período de eliminación de 7 días no pago y un período de beneficio máximo de 13 semanas. Las 13 semanas incluyen el período de eliminación no remunerado del 11 de junio al 17 de junio y los beneficios son pagaderos a partir del 18 de junio por las 12 semanas restantes del período de beneficio.

P. ¿Qué información médica será necesaria?

- R. La información médica debe incluir los resultados de exámenes que demuestren la incapacidad para desempeñar las tareas esenciales de su propia ocupación como, entre otros, radiografías, registros médicos (incluidos antecedentes, pruebas de laboratorio, resultados de exámenes y notas de tratamiento).

P. ¿Cuál es el proceso de pago del beneficio del seguro VSTD?

- R. Nuestro objetivo es llegar a una decisión sobre el reclamo en un promedio de dos días hábiles posteriores a la recepción de toda la información que consideremos necesaria.

MetLife procurará aprobar todos los reclamos en los 10 días posteriores a su recepción. Se nos deberá enviar la prueba de incapacidad requerida en un plazo de 90 días a partir de la finalización del período de eliminación. En caso de que no recibamos la información solicitada en un plazo de 10 días, nos comunicaremos con el empleado del lugar de trabajo y le enviaremos una carta de seguimiento. Se hará un seguimiento al empleado del lugar de trabajo en los días 20, 35 y 60. Si no recibimos la información 90 días después de la finalización del período de eliminación no remunerado, el reclamo será rechazado por falta de pruebas de incapacidad.

P. ¿Cómo sabré si mi reclamo fue rechazado?

- R. Se notificará al empleado del lugar de trabajo de todas las decisiones sobre reclamos por teléfono; también enviamos una carta detallada un día después de tomar la decisión. Se incluirá un formulario de solicitud de apelación junto con la carta de rechazo, que le brinda al empleado del lugar de trabajo la oportunidad de apelar la decisión de rechazo inicial que se ha tomado. El empleado del lugar de trabajo dispondrá de 180 días desde la recepción de la carta para presentar una solicitud de apelación por escrito. Una vez que se reciba la solicitud de apelación por escrito, el especialista en reclamos informará al empleado del lugar de trabajo cuando la reciba. Se le debe notificar la decisión de apelación al empleado del lugar de trabajo a más tardar 45 días después de que MetLife reciba la solicitud de apelación. Si, por circunstancias especiales, se requiere una prórroga para llevar a cabo una revisión exhaustiva y justa, podrá otorgarse una prórroga de 45 días.

Los empleados del lugar de trabajo pueden acceder al estado del reclamo y a otros detalles importantes del reclamo en línea. Regístrese o inicie sesión en MyBenefits mybenefits.metlife.com/ADPTotalSource, vaya a la configuración del perfil y, luego, a preferencias de comunicación e introduzca su número de teléfono móvil y marque la casilla si quiere recibir mensajes de texto. Active las preferencias de entrega en la posición "ACTIVADO" (ON) en las alertas de texto por reclamos de incapacidad. Responda con la palabra 'DETENER' (STOP) a cualquier mensaje de texto para cancelar la suscripción, o bien, coloque las alertas de mensajes de texto sobre el estado de los reclamos en la posición DESACTIVADO (OFF) en MyBenefits.

P. ¿Qué sucede si no puedo regresar al trabajo (Return to Work, RTW)?

- R. Entre cinco y siete días antes de que finalice el período de incapacidad aprobado, el especialista en reclamos se pone en contacto con el empleado del lugar de trabajo para determinar si tiene la intención de regresar al trabajo en la fecha prevista. Si el empleado del lugar de trabajo piensa regresar al trabajo según lo previsto, no se tomarán medidas adicionales. Si el empleado del lugar de trabajo no intenta regresar al trabajo como estaba previsto, se recopilará información médica adicional que respalde la continuidad de la incapacidad.

El especialista en reclamos debe determinar cuándo es apropiado pasar a un reclamo por incapacidad a largo plazo (Long Term Disability, LTD) por lo menos seis semanas antes de la fecha de duración máxima del seguro VSTD. Si se

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

pasa a LTD, toda la información del reclamo por incapacidad a corto plazo está disponible para comenzar la evaluación de LTD.

P. ¿Es necesario que el empleado del lugar de trabajo informe al especialista en reclamos si regresa al trabajo?

R. Sí. El empleado del lugar de trabajo debería informar al especialista en reclamos asignado la fecha de RTW. Esto ayudará a la comunicación con ADP TotalSource así como garantizará que el reclamo se actualice según corresponda.

P. ¿Qué ocurre si regreso al trabajo, pero luego tengo que dejar de trabajar nuevamente? ¿Debo presentar un nuevo reclamo?

R. Si el empleado del lugar de trabajo regresa a trabajar activamente tras recibir los beneficios semanales, se considera que está recuperado de su incapacidad.

Si el empleado del lugar de trabajo regresa a trabajar activamente después de cumplir con su período de eliminación de 31 días o más (plan de 13 semanas)/61 días o más (plan de 26 semanas) y vuelve a quedar incapacitado debido a la misma enfermedad o lesión accidental, o una enfermedad o lesión relacionada, no le exigiremos que cumpla con un nuevo período de eliminación. A efectos de determinar los beneficios, consideramos dicha incapacidad como parte de la incapacidad original y utilizamos los mismos ingresos que se percibieron antes de la incapacidad¹, y los términos, las disposiciones y las condiciones que se utilizaron para la incapacidad original.

Si el empleado del lugar de trabajo regresa a trabajar activamente durante un período de 31 días o más (plan de 13 semanas)/61 días o más (plan de 26 semanas) y vuelve a quedar incapacitado debido a la misma enfermedad o lesión accidental, o una enfermedad o lesión relacionada, deberá cumplir con un nuevo período de eliminación.

P. ¿Cuándo se producen los pagos excesivos?

R. Un pago excesivo puede producirse por distintos motivos, entre los que pueden mencionarse, de manera no taxativa, un monto de salario incorrecto para determinar los ingresos que percibía antes de la incapacidad¹ o si una notificación tardía o un recibo retroactivo de beneficios por "otros ingresos" no se compensaron previamente según las disposiciones del plan de incapacidad. Consulte el certificado del plan para conocer más detalles.

Nuestros planes asegurados incluyen un derecho contractual de recuperación de cualquier pago por incapacidad realizado a un empleado del lugar de trabajo con causa de acción contra un tercero responsable. El derecho de recuperación nos permite reclamar un pago excesivo o el pago de un empleado del lugar de trabajo que está recibiendo salarios perdidos de una demanda por accidente.

P. ¿De qué manera recupera MetLife los pagos excesivos?

R. Los pagos excesivos pueden recuperarse de varias maneras. El especialista en reclamos determina la recuperación de un pago excesivo luego de realizar una revisión detallada de los beneficios pagados, revisar el lenguaje del plan y las consideraciones específicas de cada reclamante.

P. ¿Cómo repercute la compensación al trabajador en los reclamos del seguro VSTD?

R. Al gestionar los reclamos, se determina si se está pagando un beneficio laboral (compensación al trabajador) o si el empleado del lugar de trabajo tiene derecho a los beneficios laborales. Si es preciso, nos comunicamos con usted o con la empresa de compensación de los trabajadores para solicitar información sobre el estado del reclamo.

P. ¿La compensación al trabajador es simultánea a los beneficios del seguro VSTD?

R. La compensación al trabajador no es simultánea a los beneficios del seguro VSTD. Si su enfermedad o lesión se produce como consecuencia, o en el transcurso, de una actividad relacionada con el trabajo, no podrá recibir el beneficio por incapacidad. Sin embargo, si se proporciona a MetLife evidencia de que, en virtud de la ley de compensación al trabajador (u otra ley similar), no se ha otorgado ni se otorgará ningún beneficio, adjudicación, liquidación o resarcimiento de conformidad con dicha ley por dicha enfermedad o lesión, la enfermedad o lesión se considerará no laboral y MetLife tramitará entonces su reclamo en concepto de VSTD.

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

P. ¿El beneficio del seguro VSTD continuará tras el cese de la relación laboral?

R. Si la cobertura del seguro VSTD finaliza durante un período de incapacidad que comenzó mientras tenía cobertura, cualquier beneficio del VSTD puede continuar hasta el período de beneficio máximo del plan en tanto continúe su período de incapacidad o hasta que deje de estar incapacitado, lo que ocurra primero.

P. ¿Qué es una afección preexistente?

R. Nuestro plan de VSTD incluye la disposición 3/12 de afecciones preexistentes. Esto significa que no se pagarán beneficios por incapacidad a los empleados del lugar de trabajo si recibieron un tratamiento médico, una consulta, atención o servicios, o si tomaron medicamentos recetados o se les recetaron medicamentos para su incapacidad en los tres meses previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro. Esta limitación no se aplicará si el período de eliminación de una incapacidad comienza después de que la persona haya sido un empleado activo del lugar de trabajo cubierto por nuestro plan durante 12 meses consecutivos a partir de la fecha de entrada en vigencia del seguro. A continuación, se exponen algunas de las pautas que se siguen durante una investigación de afecciones preexistentes:

Situación	Consecuencia
El tratamiento médico que se recibió durante el período de revisión de la afección preexistente fue por la misma afección (o una afección relacionada) que la actual afección incapacitante.	La enfermedad es preexistente, y se rechazará el reclamo.
El tratamiento médico recibido durante el período de revisión de tres meses de la afección preexistente fue para una afección médica no relacionada.	La afección no es preexistente, y el proceso de investigación del reclamo continúa.
El tratamiento médico que se recibió fue por la misma afección médica (o una afección médica relacionada) que la actual afección médica incapacitante, pero fue <u>antes</u> del comienzo del período de revisión de tres meses de la afección preexistente.	La afección no es preexistente, y el proceso estándar de investigación del reclamo continúa.

Para determinar si una incapacidad obedece a una afección preexistente, se tendrá en cuenta el tiempo que haya estado cubierto por el plan anterior. Si su incapacidad se debe a una afección preexistente como se describe en este certificado, pero no se habría considerado de dicho modo según el plan anterior, pagaremos un beneficio igual al menor de los siguientes:

- El monto del beneficio según este certificado.
- El beneficio del Seguro de Ingresos por Incapacidad que le habría correspondido conforme al plan anterior.

P. ¿Existen exclusiones para las afecciones preexistentes?

R. Sí. Existe un período de revisión de 3 meses cuando se recibe un reclamo dentro de los primeros 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor del seguro por incapacidad. Se considera que una afección o lesión accidental es preexistente si, durante los tres meses previos a la fecha de entrada en vigor de su cobertura, ocurre lo siguiente:

- recibió tratamiento médico, asesoramiento, atención o servicios; o
- tomó medicamentos recetados o le han recetado medicamentos.

Seguro Voluntario por Incapacidad a Corto Plazo

No está obligado a adquirir ninguna de las pólizas o servicios voluntarios ofrecidos, y puede considerar otras opciones, incluida la compra de pólizas o servicios directamente a una compañía o proveedor de seguros. Debe analizar sus opciones con su asesor financiero, abogado, contador u otros profesionales.

- ¹ Los ingresos que percibía antes de la incapacidad hacen referencia al sueldo o salario bruto que recibía de su empleador a la fecha de su último día de trabajo activo antes del inicio de la incapacidad. En los planes de 60 %, no se incluyen los premios y bonos, las comisiones, el pago de horas extras y cualquier otra compensación de su empleado. En los planes de 20 %, se incluirá el promedio de comisiones que haya ganado durante el período de 12 meses previo al inicio de la incapacidad, o durante el período en que estuvo empleado, si este fuera inferior.
- ² Toda información sobre impuestos se ofrece exclusivamente con fines informativos, no pretende ser completa ni cubrir todas las situaciones y no debe considerarse como asesoramiento contable, legal o impositivo. Debe consultar a sus asesores legales, fiscales y contables calificados, según corresponda.
- ³ Estas jurisdicciones incluyen, entre otras, California, Colorado, Connecticut, District of Columbia, Hawaii, Massachusetts, New Jersey, New York, Oregon, Puerto Rico, Rhode Island, Washington (y Delaware y Minnesota desde el 1/1/26; Maine desde el 5/1/26; y Maryland desde el 7/1/26).

La descripción general del plan solo proporciona una breve descripción del plan VSTD. Se incluirá una descripción más completa sobre las disposiciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de los beneficios en el Certificado de Seguro/la Descripción Resumida del Plan u otros documentos del plan. En caso de que existan discrepancias entre esta información y los documentos legales del plan, los documentos legales del plan tendrán prioridad.

MetLife, sus agentes y representantes no pueden proporcionar asesoramiento legal, fiscal ni contable y este documento no debe considerarse como tal. Los clientes deben consultar a sus asesores legales, fiscales y contables calificados, según corresponda.

Las coberturas por incapacidad a corto plazo ("STD") se prestan conforme a una póliza de seguro grupal que MetLife emite para su empleador. Esta cobertura por STD se extingue cuando su empleo finaliza, cuando deja de reunir los requisitos, cuando las contribuciones de STD cesan (si fuera aplicable) o ante la finalización por parte del empleador del contrato colectivo. Al igual que la mayoría de las pólizas de seguro grupal por incapacidad, las pólizas de MetLife tienen ciertas exclusiones, excepciones, períodos de espera, reducciones, limitaciones y condiciones para mantenerse vigentes. Comuníquese con su representante del grupo de MetLife para obtener información completa y detalles sobre costos. Acceda al micrositio de Aon para ver los costos y obtener información completa

www.BenefitsGo.com/EEpaidBenefits

Pueden aplicarse variaciones según el estado.