



Beneficios del Seguro de Vida Voluntario

Para empleados del Distrito Escolar Independiente United - N.º de póliza 222916

Una presencia a nivel mundial

Las operaciones de nuestra compañía matriz actualmente sirven a millones de personas en Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Hong Kong, Filipinas, Japón, Indonesia, India, China y Bermudas.

Beneficios

- **Para usted:**

Un monto de entre \$10,000 y \$500,000, en incrementos de \$1,000, hasta un máximo de 7 veces sus ingresos anuales básicos. El Monto Garantizado de la Póliza es de \$350,000. Los beneficios cesan cuando se retira.

- **Para su cónyuge:**

Un monto de entre \$5,000 y \$250,000 en incrementos de \$1,000. El monto garantizado de la póliza es de \$50,000. La cobertura del seguro de vida voluntario para el cónyuge no puede exceder 100 % de la cobertura del empleado. La cobertura para el cónyuge cesa a los 80 años de edad del cónyuge.

- **Para su(s) hijo(s) dependiente(s):**

Un monto de \$10,000 para cada hijo elegible que tenga de 6 meses hasta 26 años de edad; \$1,000 para un hijo desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad. La cobertura del hijo no puede exceder el 100 % de la cobertura del empleado.

Debe elegir la cobertura del Seguro de Vida Opcional para usted si desea cubrir a su cónyuge y/o a sus hijos.

Características del plan

- Este plan incluye muchas características especiales entre las cuales están la Renuncia de Primas y los Beneficios Anticipados.

Cómo inscribirse

- Una vez que haya elegido el monto de la cobertura que sea adecuado para usted, su cónyuge y sus hijos, simplemente complete el formulario de inscripción al Seguro de Vida Voluntario provisto por su empleador. Asegúrese de firmar el formulario, ponerle fecha y devolvérselo a su empleador. Por favor, envíe el formulario a su empleador junto con la Comprobación de elegibilidad para el seguro que pudiera requerirse.

Acerca de la Comprobación de elegibilidad

- Se requiere una Comprobación de elegibilidad para el seguro (también llamada “prueba de buena salud”) si:
 - Usted rechaza la cobertura durante el período de elegibilidad inicial y después quiere obtener una cobertura en alguna fecha posterior; o
 - Usted solicita un seguro de vida voluntario por un monto mayor al monto garantizado de la póliza emitida.
- Todo ingreso posterior y aumento requiere pruebas de aptitud para el seguro.

Su empleador le informará si es necesario que envíe una solicitud de Comprobación de elegibilidad. De ser así, es posible que Sun Life Financial fije un examen médico para usted (pagado por nosotros) o tendrá que responder un cuestionario. La cobertura no entrará en vigor hasta que Sun Life Financial lo apruebe.

Tarifas del seguro de vida voluntario

Empleado		Cónyuge		Hijo(s)	
Edad	Costo mensual por \$1,000 de cobertura	Edad	Costo mensual por \$1,000 de cobertura		Costo mensual por \$10,000 de cobertura
Menos de 30	\$0.031	Menos de 30	\$0.031		
30-34	\$0.039	30-34	\$0.039		
35-39	\$0.047	35-39	\$0.047		
40-44	\$0.071	40-44	\$0.071	Todos los hijos	\$ 1.92
45-49	\$0.110	45-49	\$0.110		
50-54	\$0.173	50-54	\$0.173	elegibles	
55-59	\$0.290	55-59	\$0.290		
60-64	\$0.454	60-64	\$0.455		
65-69	\$0.800	65-69	\$0.800		
Más de 70	\$1.427	70-79	\$1.427		

*Estas son las tarifas vigentes a partir del 1 de septiembre de 2012.

Costo para usted

- Usted es responsable de pagar el costo de la cobertura del Seguro de vida voluntario mediante una deducción de la nómina. Para calcular su costo, divida el monto de su seguro de vida voluntario entre 1000 y multiplíquelo por el resultado de la tarifa indicada arriba que corresponda. Tome como referencia el ejemplo que se muestra a continuación para determinar su costo mensual.

Ejemplo de monto del seguro	Dividido entre 1000	Multiplicado por la tarifa	Costo de ejemplo*
\$50,000	/ 1000 = 50	x \$0.0706	\$3.53
Su volumen de seguro	Dividido entre 1000	Multiplicado por la tarifa	Costo de ejemplo*
\$	/ 1000 =	x \$	\$

Reducciones por edad

- Los montos del Seguro de vida del empleado y el cónyuge se reducen en las siguientes edades:

Edad	Porcentaje
70	50 %

Detalles completos del plan

- Este folleto proporciona solo información general sobre los beneficios disponibles por parte de su empleador y no constituye una descripción completa de las disposiciones del plan. Recibir este folleto no garantiza que usted sea elegible para los beneficios de este plan.
- Su empleador le proporcionará un folleto de Sun Life Financial Group con los detalles completos del plan.

Exclusiones

Donde lo permita la ley, si la causa de muerte del empleado es el suicidio:

- No se pagará ningún monto proveniente de los aportes del Seguro de vida ni del Seguro de vida para dependientes si el suicidio ocurre dentro de los 24 meses posteriores a haber entrado en vigor el Seguro del empleado. Si hubiera cobertura previa, se contará cualquier período en que el empleado haya estado asegurado por el mismo monto del Seguro de vida, según la póliza del Seguro de vida grupal de la aseguradora anterior, hasta completar los 24 meses.
- No se pagará ningún incremento del monto ni ningún monto adicional del Seguro de vida, si el suicidio ocurre dentro de los 24 meses posteriores a haber entrado en vigor el incremento del monto o el monto adicional del Seguro de vida básico.
- No se pagará ningún monto del Seguro de vida mayor al al monto garantizado de la póliza emitida, si el suicidio ocurre dentro de los 24 meses posteriores a la entrada en vigencia del monto que excede el monto garantizado de la póliza emitida.

Este resumen es una descripción general. Puede haber distintas limitaciones y exclusiones según su plan de beneficios específico. Revise el folleto de su Seguro de vida para obtener información completa.

La presente información general es preliminar a la emisión de la Póliza y el certificado del folleto. No describe los beneficios específicos conforme a la póliza. Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA) emite las pólizas de seguro grupales en todos los estados, excepto Nueva York, conforme a las series de formularios de pólizas 93P-LH, 98P- ADD, 02-SL, 07-SL y 01C -LH-PT. En Nueva York, las pólizas de seguro grupal se emiten por parte de Sun Life Insurance and Annuity Company of New York (New York, NY), conforme a las series de formularios de pólizas 93P-LH-NY, 06P-NYDBL, 02P-NYSTD, 98P-ADD- NY, 02-NYSL, 07-NYSL y 01NYC-LH-PT. Las pólizas de Seguro grupal se emiten por parte de Sun Life and Health Insurance Company (EE UU) (Wellesley Hills, MA) en todos los estados conforme a las series de formularios de pólizas GP-A y GP-D (o a la edición correspondiente en cada estado). Es posible que los productos ofrecidos no estén disponibles en todos los estados y que varíen de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales.

© 2011 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financial y el símbolo de globo terráqueo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

SLPC 22008 06/10 (venc. 06/12)