

Discapacidad a Corto Plazo



Esté protegido si aparece una discapacidad.

Amalgamated Life Insurance Company se compromete a satisfacer las necesidades de hombres y mujeres trabajadores como usted. Gracias a nuestra Póliza de Discapacidad Individual a Corto Plazo, usted tendrá la tranquilidad de saber que se cubrirán gastos específicos en caso de que quede discapacitado.

Discapacidad a Corto Plazo

La sólida Póliza de Discapacidad a Corto Plazo de Amalgamated ofrece características sobresalientes*, que incluyen

- Su elección de período de beneficios y eliminación para satisfacer sus necesidades.
- Portabilidad para que la cobertura lo acompañe en caso de que cambie de trabajo o deje a su empleador.
- Cobertura renovable garantizada hasta los 72 años (hasta los 65 años en MA)
- Tipo de cobertura: no ocupacional
- Montos de pago por discapacidad según sus ingresos
- Beneficios máximos: 60% del salario mensual hasta \$5,000

Disposiciones de póliza y funciones de valor agregado

- Definición de discapacidad: Discapacidad Total o Totalmente Incapacitante significa que usted está bajo el cuidado y la asistencia regulares de un médico y que durante los primeros 24 meses de discapacidad total, no puede realizar deberes materiales y sustanciales de su propia ocupación debido a una enfermedad o lesión; y no se dedica a ninguna otra ocupación.
 - Definición de discapacidad parcial: Se pagará un Beneficio por Discapacidad Parcial si queda parcialmente discapacitado debido a un accidente o enfermedad cubiertos. Para ser considerado parcialmente discapacitado, primero debe estar totalmente discapacitado durante todo el período de eliminación y haber recibido al menos un Beneficio Mensual por Discapacidad completo. El Beneficio por Discapacidad Parcial será igual al 50% del beneficio por discapacidad mensual.
 - Beneficio por Enfermedad Mental: Hasta 3 meses de beneficios pagados (no limitado en GA y VT)
 - Beneficio de alcohol o drogas: Hasta 15 días en cualquier período de 12 meses (no limitado en GA y VT)
 - Exención del Beneficio de la Prima: Si queda totalmente discapacitado debido a un accidente o enfermedad cubiertos, su cobertura continuará para esta póliza y todas las cláusulas adjuntas sin el pago de la prima. La exención de prima empezará en la siguiente fecha de vencimiento de la prima siguiente:
 1. Su satisfacción del Período de Eliminación; o 2. 90 días de Discapacidad Total continua.
 - Beneficio por Embarazo: La Discapacidad Total resultante del embarazo, las complicaciones del embarazo o el parto están cubiertos de la misma manera que cualquier otra enfermedad. El Período de Eliminación del Beneficio por Embarazo se calcula a partir de la primera fecha en que un médico diagnostica la discapacidad total. La Discapacidad Total como resultado de un embarazo normal no está cubierta si la Discapacidad Total empieza durante los primeros 9 meses posteriores a la Fecha de vigencia.
 - Beneficio Acelerado por Enfermedad Terminal: Le adelantaremos los meses restantes del Beneficio Mensual por Discapacidad pagadero a usted según la Póliza en un pago único (que no exceda un máximo de 12 meses o su Período Máximo de Beneficio, el que sea menor) si se le diagnostica una enfermedad terminal. Debe haber satisfecho su período de eliminación y estar recibiendo Beneficios por Discapacidad Total según esta póliza.
- Periodo de Beneficio es por 6 meses
Periodo de Eliminacion Puede escoger: 7/7 o 14/14 dias.



Discapacidad a Corto Plazo



Condición Preexistente: Se refiere a una lesión o enfermedad por la cual, durante un período de doce meses inmediatamente anterior a la Fecha de Vigencia de esta Póliza, usted recibió un diagnóstico o consejo de un Médico y recibió tratamiento, incurrió en gastos médicos o tomó medicamentos recetados. El término Condición Preexistente también incluirá cualquier condición que esté relacionada con dicha lesión o enfermedad.

Limitación por Condición Preexistente: Se refiere al período de tiempo (como se muestra en la página de especificaciones de la póliza) durante el cual no se pagan beneficios por una Condición Preexistente.

USTED MANEJA SU LISTA DE CONTROL



MI LISTA DE CONTROL

Gastos que puede optar por cubrir con sus beneficios por discapacidad:

- Hipoteca/alquiler
- Transporte (gasolina, pagos del automóvil, reparaciones)
- Servicios públicos (electricidad, agua, cable, Internet)
- Cuidado de niños/cuidado de ancianos
- Gastos universitarios
- Préstamos/deuda de tarjetas de crédito

- **La información en este folleto de producto solo está en forma abreviada.** La cobertura y los montos reales están sujetos a todos los términos, limitaciones y exclusiones de la póliza individual. Si la información de este folleto del producto difiere de la póliza de discapacidad individual, prevalecerán los términos de la póliza.
- **Para obtener información específica sobre las características y beneficios de la Póliza de Discapacidad a Corto Plazo de Amalgamated Life,** llame al 866-975-4089. Considere asistir a la próxima sesión de Inscripción Abierta en su organización.
- **Para los residentes de Nueva York:** Esta póliza proporciona un seguro de ingresos por discapacidad únicamente. NO proporciona seguro hospitalario básico, seguro médico básico mayor o seguro médico mayor según lo define el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. La relación de beneficios esperada para esta póliza es del 50.1%. Este índice es la parte de las primas futuras que la compañía espera devolver como beneficios, cuando se promedia entre todas las personas con esta póliza.

Amalgamated Life Insurance Company

Amalgamated Life Insurance Company es un proveedor líder de seguros de vida y de salud que atiende a hombres y mujeres trabajadores desde 1943. Amalgamated Life ha obtenido constantemente la calificación "A" (Excelente) de A.M. Best Company desde 1975, lo que da fe de nuestras pólizas y procedimientos comprobados, el cumplimiento de los estándares más altos de la industria, una sólida condición fiscal y una excelente capacidad de pago de reclamaciones.

Dirección postal de reclamaciones

Amalgamated Life Insurance Company
Voluntary Benefits Department
P.O. Box 5453
White Plains, NY 10602-5453
submitclaimforms@amalgamatedbenefits.com

Para preguntas generales y preguntas sobre reclamaciones

Número de teléfono gratuito

866-585-4994

Fax (para enviar una reclamación)

877-847-1040

Correo electrónico

Support@honestinsuranceservices.com

Broker Information

Honest Insurance Services

Las Vegas Nevada 89119

www.honest-benefits.com

Horario del centro de llamadas:

Lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este
Viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este
Sábado, de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., hora del este

Amalgamated Life Insurance Company

333 Westchester Avenue, White Plains, NY 10604
866.975.4089

www.amalgamatedbenefits.com

M_IND_DI_Non_OCC_1-2022

Formulario de Póliza AMINDDI-10*

*Las funciones y los números de formulario pueden variar según el Estado.

**Se aplicará una prima adicional a la póliza base. No todas las cláusulas están disponibles en todos los estados.