



Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna

## Pagado por el empleado SEGURO POR MUERTE O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: University of Denver

**Si muere o queda gravemente lesionado como resultado de un accidente cubierto o una lesión cubierta, usted o sus beneficiarios recibirán una cantidad fija para ayudarles a pagar los gastos imprevistos, o para ayudar a sus seres queridos a pagar gastos futuros cuando usted ya no esté.**

#### ¿Quién puede elegir cobertura?:

**Usted:** Todos los Empleados del Empleador, activos, a tiempo completo, que sean empleados designados, incluidos los empleados de Women's Foundation, que trabajen regularmente un mínimo de 20 horas a la semana en los Estados Unidos, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes que coincida con la fecha de contratación o posterior a dicha fecha.

**Su cónyuge\*:** Es elegible siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

**Su(s) hijo(s):** Desde el nacimiento hasta los 26 años, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

\*Pareja de hecho se define en la Póliza colectiva. Para fines de este folleto, cada vez que aparezca el término Cónyuge también incluirá a la Pareja de hecho registrada en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las Parejas de hecho o las Uniones civiles. Su representante de Servicios de Beneficios podrá ofrecerle más información al respecto.

#### Cobertura disponible:

	Cantidad de beneficio	Máximo
Empleado	Unidades de \$10,000	10 veces el salario o \$500,000, lo que sea menor
Cónyuge	El 50% de la cantidad del empleado, o el 60% si no tiene hijos dependientes	El 50% de la cantidad del empleado, o el 60% si no tiene hijos dependientes, hasta un máximo de \$300,000
Hijos	El 10% de la cantidad del empleado, o el 15% si no tiene cónyuge	El 10% de la cantidad del empleado, o el 15% si no tiene cónyuge, hasta un máximo de \$50,000

#### Detalles de los beneficios:

Si, dentro de un plazo de 365 días de un Accidente cubierto, las lesiones corporales tienen como resultado:	Pagaremos este % de la Cantidad de beneficio:
Muerte; parálisis total de ambas extremidades superiores e inferiores; pérdida de ambas manos o ambos pies; pérdida de la vista de ambos ojos; o pérdida del habla y de la audición (en ambos oídos)	100%
Parálisis total de ambas extremidades inferiores o superiores	75%
Parálisis total de las extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo; pérdida de una mano, un pie o la vista de un ojo, o pérdida del habla o pérdida de la audición de ambos oídos; o amputación y reimplantación de una mano o un pie	50%
Parálisis total de una extremidad superior o inferior; pérdida de cuatro dedos de la misma mano; o pérdida del pulgar y el dedo índice de la misma mano	25%
Pérdida de todos los dedos del mismo pie	20%

**Por estados de coma.** Recibirá el 1% de la cantidad total del beneficio cada mes, durante un máximo de 11 meses, si usted o un familiar asegurado están en coma durante 30 días o más como resultado de un Accidente cubierto. Si la persona cubierta sigue en coma después de 11 meses, o muere, se pagará la cantidad total del beneficio.

#### Características adicionales:

**Por usar un cinturón de seguridad y protección de una bolsa de aire.** Recibirá un beneficio adicional del 10%, pero no más de \$25,000, si la persona cubierta muere en un accidente automovilístico cubierto y un organismo de seguridad certifica que estaba usando un cinturón de seguridad o un dispositivo de seguridad infantil aprobado. Aumentaremos el beneficio un 5% más, pero no más de \$10,000, si la persona asegurada además se encontraba en un asiento protegido por un sistema de seguridad suplementario (bolsa de aire) que funcionaba y se infló correctamente con el impacto.

**Por exposición y desaparición.** Se pagarán beneficios si usted o un familiar asegurado sufren una pérdida cubierta causada por la exposición inevitable a los elementos como consecuencia de un Accidente cubierto. Si no se encuentra su cuerpo o el cuerpo de un familiar cubierto en un año desde la fecha de la desaparición, naufragio o hundimiento del vehículo en el que viajaba, en un viaje que de otra forma estaría cubierto, se asumirá que murió como consecuencia de un Accidente cubierto.

**Por una pérdida provocada por un transporte público.** Si usted o un familiar asegurado sufre una pérdida cubierta al viajar como pasajero en un medio de transporte público o al ser embestido por dicho medio de transporte, pagaremos un 100% adicional de la cantidad de beneficio, hasta un máximo de \$500,000.

**Para promover la educación.** Si usted muere en un accidente cubierto, pagaremos un beneficio adicional por cada hijo asegurado que se inscriba en una escuela de enseñanza superior en el plazo de un año desde su muerte. Aumentaremos su beneficio en un 5% o \$5,000, lo que sea menor, por cada hijo que reúna las condiciones, cada año durante 4 años consecutivos siempre que su hijo continúe su educación.

Si no tiene un hijo que reúna las condiciones para la cobertura, le pagaremos \$1,500 adicionales a su beneficiario.

**Por gastos de cuidado infantil.** Si muere como consecuencia de un accidente cubierto, y tiene un hijo menor de 13 años que le sobrevive, inscrito en un centro de cuidado infantil autorizado en el momento del accidente o dentro de los 90 días siguientes, pagaremos un beneficio. Este beneficio es el 5% de la cantidad de su beneficio por año, pero no más de \$5,000 al año durante 4 años o hasta que el menor cumpla 13 años, lo que suceda primero, para cada hijo cubierto.

**Por capacitación de su cónyuge.** Si usted muere como consecuencia de un accidente cubierto, su cónyuge recibirá un reembolso educacional si se inscribe en una escuela acreditada para desarrollar las habilidades necesarias para un empleo dentro del plazo de 3 años de su muerte. Pagaremos el costo real del programa de educación o capacitación hasta un 5% de su cantidad de beneficio, sin exceder los \$5,000.

**Para víctimas de algún delito.** Beneficio adicional del 5%, pero no más de \$10,000, si sufre una lesión cubierta durante una agresión criminal en el trabajo o durante un viaje de negocios. El término agresión criminal incluye un robo, atraco o intento de atraco, o secuestro durante un atraco. No se cubren las agresiones de compañeros de trabajo, exempleados o miembros de su familia u hogar.

**Conversión.** Si la cobertura del seguro de accidentes colectivo termina (excepto por la falta de pago de la prima), si su empleo finaliza, si la membresía en una clase elegible finaliza o si la cobertura del seguro se reduce por motivos de edad, podrá convertirla en una póliza individual sin plazo. Para ello, debe solicitar la póliza de conversión y efectuar el primer pago de la prima en un plazo de 31 días después de que termine su cobertura colectiva. Los dependientes también pueden convertir su cobertura, si corresponde. Las primas pueden cambiar en ese momento, y los términos de cobertura estarán sujetos a cambios. También podrá solicitar la conversión a una póliza individual de hasta \$10,000 si ha estado asegurado durante al menos 3 años y la póliza se termina o modifica, siempre y cuando la cobertura no se reemplace y usted no esté cubierto por una póliza de conversión diferente emitida por Life Insurance Company of North America. Consulte su certificado para obtener detalles.

### Costo mensual de la cobertura:

Costo del empleado únicamente por cada \$1,000 = \$0.022

Costo del empleado y el grupo familiar por cada \$1,000 = \$0.033

*Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.*

*Las tarifas pueden estar sujetas a cambios en el futuro.*

### Cómo calcular el costo mensual de la cobertura:

**Paso 1:** Busque más arriba la tarifa mensual.

**Paso 2:** Multiplique esta tarifa por la cantidad de cobertura que desee, en unidades. Consulte la información anterior para buscar la cantidad apropiada de unidades para el empleado o sus dependientes.

**Paso 3:** El resultado es el costo mensual.

### Definiciones y disposiciones importantes de la póliza:

**Cuándo comienza su cobertura.** La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que cumpla los requisitos, la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado si corresponde o la fecha en que usted autorice cualquier deducción en nómina necesaria si corresponde, lo que ocurra en último lugar. Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para dependientes, si corresponde, no comenzará para ningún dependiente que, en la fecha de entrada en vigor, esté internado en un hospital o confinado en el hogar; esté recibiendo quimioterapia o radioterapia; o se encuentre incapacitado y esté recibiendo la atención de un médico.

**Cuándo finaliza su cobertura.** La cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que usted o sus dependientes, si corresponde, ya no reúnan los requisitos para recibir cobertura, la fecha en que la póliza colectiva ya no esté en vigor o la fecha del último período para el cual se hayan pagado las primas requeridas. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar si usted deja de trabajar. Asegúrese de leer las disposiciones sobre Continuación del seguro en su Certificado).

### Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios

**Exclusiones.** Lesiones autoinfligidas o suicidio, estando o no en sano juicio • comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión • cualquier acto bélico, declarado o no • cualquier participación activa en un motín, una insurrección o un acto terrorista • saltos con correa elástica (*bungee jumping*) • paracaidismo • paracaidismo en la modalidad de caída libre • vuelo libre • vuelo con ala delta • enfermedad, afección, deterioro físico o mental, infección bacteriana o viral o el tratamiento médico o quirúrgico correspondiente, salvo las infecciones bacterianas que sean resultado de un corte o una herida externa accidental, o la ingestión accidental de alimentos contaminados • consumir de manera voluntaria alguna droga, narcótico, veneno o gases, salvo uno que recete un médico con licencia y que se tome según las indicaciones • operar cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado por el cual la persona cubierta ha recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento • un Accidente cubierto que se produzca mientras la persona cubierta participa en las actividades de servicio activo en el Ejército, la Marina o la Fuerza Aérea de cualquier país u organización internacional (esto no incluye el entrenamiento en la Reserva o Guardia Nacional, a menos que se extienda por más de 31 días) • viajes en un avión de propiedad de la organización patrocinadora o que esta o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas alquile o controle • viajes aéreos, salvo como pasajero en una línea aérea comercial programada regularmente o en un avión utilizado por el Air Mobility Command o su equivalente extranjero • vuelo, abordaje o descenso de una Aeronave o de cualquier nave diseñada para volar sobre la superficie de la Tierra que pilotee la persona cubierta o en la cual la persona cubierta sea miembro de la tripulación.

**Limitaciones.** En caso de múltiples pérdidas cubiertas, se pagará el beneficio mayor disponible. En caso de muerte, la cantidad de beneficio indicada se reducirá en función de cualquier beneficio por desmembramiento que se haya pagado previamente o que sea pagadero.

**ESTA PÓLIZA BRINDA COBERTURA LIMITADA DE ACCIDENTES SOLAMENTE. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS. NO CUBRE LAS PÉRDIDAS PROVOCADAS POR UNA ENFERMEDAD. ESTE SEGURO NO REEMPLAZA UN SEGURO DE SALUD INTEGRAL O PARA GRANDES GASTOS MÉDICOS.**

Los términos y las condiciones de la cobertura del Seguro por muerte o desmembramiento accidental se establecen en la Póliza colectiva N.º OK 971218. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Los detalles completos de la cobertura, lo que incluye las primas, las lesiones elegibles, los pagos respectivos y las exclusiones y limitaciones de la póliza, se encuentran en el Certificado de la póliza. En caso de discrepancia entre este resumen y la póliza colectiva, la información incluida en la póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad o las características de los productos pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza colectiva número: Formulario de la póliza TL-004700. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192.

“Cigna” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Life Insurance Company of North America y Cigna Life Insurance Company of New York, y no por Cigna Corporation.

882876SP © 2021 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.