



Prudential

RESUMEN DE BENEFICIOS

Miller and Long Co., Inc.

Todos los empleados pagados por hora

Discapacidad voluntaria a largo plazo

Expedido por **The Prudential Insurance Company of America**

DISCAPACIDAD VOLUNTARIA A LARGO PLAZO

100% pagado por el empleado

- ▶ Su beneficio mensual por incapacidad a largo plazo será el 60% de sus ingresos mensuales antes de la incapacidad, hasta un máximo de \$5.000, menos las fuentes de ingresos deducibles. No se hacen preguntas médicas, si se inscribe cuando reúna los requisitos por primera vez. El beneficio mensual mínimo es de \$100.
- ▶ Las fuentes de ingresos deducibles pueden incluir beneficios de planes legales, Seguridad Social para usted y sus dependientes, compensación de trabajadores, ingresos por desempleo y otros ingresos.
- ▶ Si usted cumple con la definición de discapacidad, sus beneficios comenzarán 180 días después de una lesión accidental o enfermedad. La duración del beneficio es hasta los 70 años de edad. Sin embargo, si se vuelve discapacitado a los 65 años o después de los mismos los beneficios son pagables con base en un programa basado en la edad. Consulte el folleto-certificado para más detalles.
- ▶ Se considera que está incapacitado cuando, debido a una lesión o enfermedad, está bajo la atención regular de un médico, no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual y su incapacidad provoca una pérdida de ingresos de al menos el 20 %. Después de recibir los beneficios durante 24 meses, se le considera incapacitado cuando, debido a la misma enfermedad o lesión, no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación remunerada para la que esté razonablemente capacitado por su educación, formación o experiencia, y la incapacidad da lugar a una pérdida de ingresos de un porcentaje específico determinado por su plan.
- ▶ Las discapacidades debidas a enfermedades mentales están limitadas a 24 meses de beneficios durante su vida. Algunos ejemplos de enfermedades mentales son esquizofrenia, depresión, enfermedad maniaco-depresiva o bipolar, ansiedad, somatización, trastornos relacionados con sustancias (incluido el abuso de drogas y alcohol) y/o trastornos de adaptación. Las discapacidades que se basan principalmente en los síntomas declarados por el propio interesado están limitadas a 24 meses de beneficios durante su vida. Algunos ejemplos de síntomas autoreferidos son dolor de cabeza u otros dolores, fatiga, rigidez, molestia, pitidos en los oídos, mareos, adormecimiento y pérdida de energía. Las discapacidades debidas a enfermedades mentales y las discapacidades que se basan principalmente en síntomas autoreferidos tienen un periodo de pago combinado limitado durante su vida.
- ▶ No se pagarán los beneficios de discapacidad a largo plazo (LTD) por una discapacidad que comience dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de entrada en vigor de la cobertura y que se deba a una enfermedad preexistente. Una afección preexistente es una lesión o enfermedad por la que ha recibido tratamiento médico, consulta, medidas de diagnóstico, prescripción de fármacos o medicamentos, o por la que ha seguido las recomendaciones de tratamiento durante los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- ▶ Durante los primeros 24 meses de trabajo a medio tiempo mientras está discapacitado, puede recibir la totalidad de los beneficios siempre que sus ingresos combinados con los beneficios por discapacidad no superen sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad.
- ▶ Si fallece durante el cobro de los beneficios por discapacidad, se puede pagar una suma global a sus supervivientes.
- ▶ No está cubierto por una discapacidad causada por una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, una lesión autoinfligida intencionadamente, la participación activa en un motín y la comisión de un delito por el que haya sido condenado. Los beneficios no se pagan por cualquier período de encarcelamiento como resultado de una condena.

La aplicación del plan o planes de seguro dependerá de que un porcentaje específico de todos los empleados con derecho a ello se inscriban en el plan o planes. Si no se cumple este porcentaje de afiliación, esta(s) cobertura(s) puede(n) no ser efectiva(s).

Los beneficios, exclusiones y disposiciones pueden variar según el estado. Consulte el folleto del plan para más detalles.

Para que su cobertura entre en vigor, debe estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigor del plan. Si solicita una cantidad que requiere una prueba de asegurabilidad satisfactoria a The Prudential Insurance Company of America, debe estar trabajando activamente en la fecha de aprobación de la cantidad que requiere una prueba de asegurabilidad satisfactoria.

Las coberturas del seguro colectivo son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Prudential Financial, Newark, NJ. El folleto-certificado contiene toda la información, incluidas exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza, que pueden aplicarse. Serie de contratos: 83500

© 2021 Prudential Financial, Inc. y sus entidades conexas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo de Rock son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.



Prudential

HOJA DE TARIFAS

Miller and Long Co., Inc.

Todos los empleados pagados por hora

Expedido por **The Prudential Insurance Company of America (Prudential)**

En vigor: 01/01/2022

"¿CUÁNTO CUESTA EL SEGURO VOLUNTARIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO?"

DISCAPACIDAD VOLUNTARIA A LARGO PLAZO - COSTO SEMANAL POR EMPLEADO POR CANTIDAD DE COBERTURA

Utilice el siguiente cuadro para calcular el costo del seguro voluntario por incapacidad a largo plazo. Si su salario no está indicado, siga los siguientes pasos. El monto máximo de su beneficio mensual es de hasta \$5.000. Todos los salarios de \$100.000 o más tienen un costo semanal de \$7,11.

Ingresos Anuales	Beneficio mensual	Costo de LTD	Ingresos Anuales	Beneficio mensual	Costo de LTD
\$12.000,00	\$600,00	\$0,85	\$55.000,00	\$2.750,00	\$3,91
\$13.000,00	\$650,00	\$0,93	\$60.000,00	\$3.000,00	\$4,27
\$14.000,00	\$700,00	\$1,00	\$65.000,00	\$3.250,00	\$4,62
\$15.000,00	\$750,00	\$1,07	\$70.000,00	\$3.500,00	\$4,98
\$20.000,00	\$1.000,00	\$1,42	\$75.000,00	\$3.750,00	\$5,34
\$25.000,00	\$1.250,00	\$1,78	\$80.000,00	\$4.000,00	\$5,69
\$30.000,00	\$1.500,00	\$2,13	\$85.000,00	\$4.250,00	\$6,05
\$35.000,00	\$1.750,00	\$2,49	\$90.000,00	\$4.500,00	\$6,40
\$40.000,00	\$2.000,00	\$2,85	\$95.000,00	\$4.750,00	\$6,76
\$45.000,00	\$2.250,00	\$3,20	\$100.000,00	\$5.000,00	\$7,11
\$50.000,00	\$2.500,00	\$3,56			

Las tarifas pueden cambiar si la experiencia del plan requiere un cambio para todos los asegurados.

CÓMO CALCULAR SU COSTO SEMANAL TOTAL DE COBERTURA LTD

Paso 1	Indique sus ingresos mensuales.	=\$
Paso 2	Si sus ingresos mensuales son superiores al máximo de ingresos mensuales cubiertos de \$8.333,33, indique \$8.333,33. De lo contrario, indique la cantidad del paso 1.	=\$
Paso 3	Multiplique el monto del paso 2 por la tasa de \$0,0037 para obtener su costo mensual total de cobertura LTD.	=\$
Paso 4	Multiplique el monto del paso 3 por 12 y divídalo por 52 para obtener el costo total semanal de la cobertura LTD.	=\$



Prudential

The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, New Jersey 07102 1-877-232-3619

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - Miller & Long Co., Inc.

Empleados pagados por hora

Control # 70788

Información General del Empleado		Fecha de entrada en vigor de la cobertura (solo para uso de la oficina)		/	/
Apellido	Nombre	Inicial de 2do nombre	Correo electrónico	Número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Sus ingresos anuales \$ _____	Número de Seguro Social - -	Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año) / /	Fecha de Empleo (Mes / Día / Año) / /		
Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo					
Discapacidad a largo plazo					
☐ Deseo inscribirme para la cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo. Autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las contribuciones para el costo del plan. Dedución de nómina: \$ _____					
☐ No se ha elegido cobertura de seguro por discapacidad a largo plazo. Entiendo que en el caso de que desee dicho seguro en una fecha posterior, se me pedirá que proporcione pruebas médicas de asegurabilidad y la compañía de seguros tendrá derecho a rechazar mi solicitud.					

Los empleados y/o dependientes pueden no tener derecho a la cobertura del seguro colectivo mientras estén en servicio activo en las fuerzas armadas.

Aceptación o Exención de Cobertura

- ☐ Me inscribo para la cobertura y autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos hasta nuevo aviso mis contribuciones para el seguro bajo un contrato emitido por The Prudential Insurance Company of America. Entiendo que si deseo aumentar la cantidad de mi seguro o añadir cobertura para dependientes en lo sucesivo, es posible que se me exija presentar pruebas de asegurabilidad para mí y/o mis dependientes. A mi leal saber y entender, declaro que la declaración anterior es verdadera y entiendo que es la base para determinar la cotización para la cobertura. Asimismo, entiendo que para que la cobertura entre en vigor, debo estar trabajando activamente durante el periodo de inscripción y en la fecha de entrada en vigor del plan. Si solicito una cantidad que requiere una prueba de asegurabilidad satisfactoria para The Prudential Insurance Company of America, debo estar trabajando activamente en la fecha de aprobación de la cantidad que requiere una prueba de asegurabilidad satisfactoria.
- ☐ No deseo inscribirme en ninguna de las coberturas opcionales anteriores. Certifico que mi empleador arriba mencionado me ha dado la oportunidad de inscribirme en la cobertura. Entiendo que si deseo inscribirme en el futuro, se me puede requerir que proporcione evidencia satisfactoria de asegurabilidad a Prudential Insurance Company of America para mí y/o mis dependientes.

RESIDENTES DE FLORIDA - Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

RESIDENTES DE NUEVA YORK - Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de siniestro que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado del siniestro por cada una de dichas violaciones. Esta advertencia solo se aplica a las coberturas de accidente y discapacidad.

He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias de fraude incluidas como parte de este formulario. _____

Esta póliza/certificado proporciona beneficios limitados. Revise su certificado cuidadosamente

Firma del empleado _____ Fecha de firma (Mes / Día / Año) _____



Prudential

The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, New Jersey 07102 1-877-232-3619

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - Miller & Long Co., Inc.

Empleados pagados por hora

Control # 70788

Información General del Empleado			
Apellido	Nombre	Inicial de 2do Nombre	Últimos 4 dígitos del No. de seguridad social
			XXX-XX-

Avisos Importantes
Para los residentes de todos los estados excepto Alabama, Arkansas, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, o a sabiendas de que está facilitando la comisión de un fraude, presente hechos o información incompleta, falsa, fraudulenta, engañosa o que induzca a error al presentar una solicitud de seguro o una declaración de reclamación para el pago de un siniestro o beneficio, comete un acto de seguro fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y puede ser procesado y castigado según la ley estatal. Las sanciones pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada con una reclamación o si el solicitante oculta, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material. RESIDENTES DE ALABAMA – Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o a confinamiento en prisión, o a cualquier combinación de ambas. RESIDENTES DE ARKANSAS, DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA Y RHODE ISLAND – Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sometida a multas y confinamiento en prisión. RESIDENTES DE KENTUCKY - Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito. RESIDENTES DE MAINE Y WASHINGTON - Cualquier persona que proporcione a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía comete un delito. Las sanciones incluyen penas de prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro. RESIDENTES DE MARYLAND - Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión. RESIDENTES DE NUEVA JERSEY - Toda persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles. RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE - Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador o a un reclamante de seguros, a sabiendas de que la declaración contiene información falsa sobre un hecho o asunto importante para la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H. RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH - Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles. RESIDENTES DE PUERTO RICO – Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o haga presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionado por cada infracción con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5.000) ni superior a diez mil dólares (\$10.000), o con una pena de prisión de tres (3) años, o con ambas penas. De concurrir circunstancias agravantes, la pena así establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de concurrir circunstancias atenuantes, podrá ser reducida a un mínimo de dos (2) años. RESIDENTES DE VERMONT - Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o que, a sabiendas, haga una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal según la ley estatal. RESIDENTES DE VIRGINIA - Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

También debe rellenar un formulario de designación de beneficiario por separado. Si tiene alguna duda, diríjase a Recursos Humanos para obtener más detalles.

Las coberturas de seguro de vida a término básico, muerte accidental y pérdida de miembros, seguro de vida a término opcional, seguro de vida a término para dependientes, seguro por discapacidad a largo plazo y seguro por discapacidad a corto plazo son emitidas o administradas por The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Reclamos de vida: 1-800-524-0542 y Ayuda a la discapacidad 1-800-842-1718. El folleto-certificado contiene toda la información, incluidas exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza, que pueden aplicarse. En caso de discrepancia entre este documento y el Folleto-Certificado/Contrato colectivo emitido por Prudential, regirán los términos del Contrato colectivo. Las disposiciones contractuales pueden variar según el estado. California COA # 1179, NAIC # 68241. Serie de contratos: 83500.

© 2020 Prudential Financial, Inc. y sus entidades conexas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo de Rock son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.