

# Discapacidad a Corto Plazo por 24 horas



## 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: 24 horas
- 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 debe realizar 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 por Discapacidad Mensual 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 posterior prima:
  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 empieza durante los primeros 9 meses posteriores a la Fecha de vigencia.
- Beneficio Acelerado por Enfermedad Terminal: Le adelantaremos los meses restantes del Beneficio por Discapacidad Mensual 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.



# Discapacidad a Corto Plazo por 24 horas



**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 (tal 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

## 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.

## Para preguntas generales y preguntas sobre reclamaciones

### Número de teléfono gratuito

866-975-4089

### Fax (para enviar una reclamación)

914-367-4114

### Correo electrónico

MemberWebInquiry@amalgamatedbenefits.com

### Dirección postal de reclamaciones

Amalgamated Life Insurance Company  
Departamento de Beneficios Voluntarios  
P.O. Box 5453  
White Plains, NY 10602-5453  
submitclaimforms@amalgamatedbenefits.com

### Horario del centro de llamadas:

Lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este  
Viernes, 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este  
Sábado, 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](http://www.amalgamatedbenefits.com)

## Cláusulas disponibles\*\*

- **Beneficio por Discapacidad Continuo:** Con la intención de complementar un beneficio de discapacidad por mandato estatal o proporcionado por el empleador que varía entre \$100 y \$3,000 por mes.
- **Beneficio de Fisioterapia:** Paga \$50 por cada una de las sesiones de fisioterapia, hasta un máximo de diez, a las que asista un reclamante que recibe beneficios por discapacidad según la póliza básica.
- **Beneficio por Pérdida Catastrófica:** Paga un Beneficio Mensual por Pérdida Catastrófica si el Asegurado: (1) tiene una Pérdida Catastrófica (debido a una lesión o enfermedad, el Asegurado continuamente no puede realizar dos o más actividades de la vida diaria), (2) satisface el Período de Eliminación de la Pérdida Catastrófica (90 días o 180 días), y (3) está bajo el cuidado y la asistencia regulares de un médico. Los períodos máximos de por vida de pérdidas catastróficas son: 12, 24 o 36 meses.

- **La información en este folleto de producto solo se presenta 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 únicamente un seguro de ingresos por discapacidad. 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.

M\_IND\_DI\_24hr\_9-2021

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.