

**Seguro de discapacidad de grupo**

**Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo**

**RESUMEN DE LOS BENEFICIOS**

**Clase 1**

La información en este resumen puede ser reemplazada por cualquier otro resumen o enmienda de póliza emitido posteriormente.

**Puntos destacados de los beneficios:**

|                                                           |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cantidad del beneficio</b>                             | 60% del salario hasta \$1,500 semanales                                                                                                                                                 |
| <b>Cantidad mínima del beneficio</b>                      | \$25                                                                                                                                                                                    |
| <b>Duración máxima de los pagos</b>                       | 11 semanas                                                                                                                                                                              |
| <b>Período de eliminación</b>                             | Accidente - 14 días<br>Enfermedad - 14 días<br>(número de días que debe estar discapacitado para recibir los beneficios)                                                                |
| <b>Acumulación de días para el período de eliminación</b> | Puede satisfacer el requisito de días de su período de eliminación ya sea con discapacidad total (sin trabajar en lo absoluto) o parcial (trabajar algunas horas en su trabajo actual). |

**Elegibilidad**

Todos los empleados activos de tiempo completo que trabajen un mínimo de 30 horas a la semana.

**Disposiciones estándar:**

- La maternidad tiene la misma cobertura que cualquier otra afección médica.
- No ocupacional
- Recuperación temporal/discapacidad recurrente de 45 días

### Problema médico preexistente

Este plan cubrirá una discapacidad si resulta de o es causada por un problema médico preexistente, o si el problema médico preexistente contribuye a la misma, y la discapacidad empieza después de estar asegurado durante 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia para la cobertura. Si no se cumple con los requisitos de tiempo, se excluye la discapacidad de la cobertura en virtud del plan.

Problema médico preexistente significa una afección o lesión para la cual el asegurado ha recibido tratamiento dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia para la cobertura. El tratamiento incluye consultas, atención o servicios de un médico u otro profesional médico que haya sido recomendado por un médico. También incluye recibir recetas para medicamentos recetados, tomar medicamentos recetados (o el hecho de que el asegurado debiera haber estado tomando medicamentos, aunque no lo hizo) y recibir pruebas de diagnóstico.

### Información de contacto para reclamos

Teléfono: 1-877-377-6773  
Fax: 1-877-737-3650

Symetra Life Insurance Company  
Life and Absence Management Center  
P.O. Box 1230  
Enfield, CT 06083-1230

Este resumen proporciona únicamente una breve descripción de la cobertura del seguro de ingresos por discapacidad asegurado por Symetra Life Insurance Company en virtud de la póliza de seguro de ingresos por discapacidad de grupo de la serie GDC 4000. Si desea una descripción completa, incluidas todas las definiciones, exclusiones, limitaciones y reducciones de cobertura, así como información sobre la terminación de beneficios, comuníquese con su administrador de beneficios o consulte el certificado del seguro de grupo que recibirá cuando se le asegure. La cobertura se ofrecerá conforme al número de póliza de grupo 01-020656-00. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la póliza de grupo. Si existe alguna diferencia entre la información en este resumen y la información que consta en el certificado del seguro de grupo, prevalecerán los términos del certificado del seguro de grupo. Los términos de la cobertura podrían cambiar con el paso del tiempo; consulte siempre su certificado del seguro de grupo vigente para información referente a los beneficios de su seguro.

Asegurado por Symetra Life Insurance Company