

Vanguard Academy

Resumen de Beneficio de Discapacidad a Corto Plazo en el Lugar de Trabajo Clase 1 - Todos los empleados de tiempo completo elegibles - Plan 1

Requisito de Empleado de Tiempo Completo	Un empleado elegible es un empleado permanente de tiempo completo autorizado a trabajar y residir en los Estados Unidos. Debe trabajar 30 o más horas por semana y no puede ser considerado empleado de medio tiempo, temporal o de temporada. Si un empleado elegible no está activamente trabajando en la fecha de entrada en vigor, la cobertura no existirá hasta que regrese al trabajo activo de tiempo completo.
Monto del Beneficio	60% de los ingresos semanales cubiertos del empleado, hasta un máximo de \$2,000, reducido por otros beneficios de ingresos según se describe en el certificado. El beneficio mínimo semanal es \$25.
Definición de Ingresos	Según lo definido por su contrato: La cobertura se basará en los ingresos reportados por escrito y aprobados por AUL. En ningún caso el monto de los ingresos utilizado para calcular los beneficios excederá el menor entre: el monto aprobado por AUL, el monto indicado en los registros de nómina del empleador, o el monto por el que se haya pagado la prima.
Período de Eliminación	7 días por lesión o 7 días por enfermedad. Es el período consecutivo de días de discapacidad durante el cual no se paga ningún beneficio.
Duración Máxima del Beneficio	12 semanas. Es el tiempo máximo que un empleado asegurado puede recibir beneficios si permanece continuamente discapacitado según lo descrito en el Certificado.
Discapacidad Total	Se considera discapacitado si, debido a lesión o enfermedad, no puede realizar las funciones esenciales y sustanciales de su trabajo habitual; no trabaja en ninguna ocupación y está bajo atención médica regular de un médico por dicha lesión o enfermedad.
Discapacidad Parcial	Se puede pagar un beneficio por discapacidad parcial si, por lesión o enfermedad, el empleado, sin poder desempeñar cada función esencial de su trabajo habitual a tiempo completo, realiza al menos una de esas funciones (u otra ocupación), a tiempo completo o parcial, y gana menos del 80% de sus ingresos anteriores a la discapacidad debido a la misma lesión o enfermedad.
Cobertura de Maternidad	Los beneficios se pagarán igual que cualquier otra discapacidad calificada, sujeto a cualquier exclusión por condición preexistente aplicable.
Discapacidad Residual	El período de eliminación puede cumplirse con discapacidad total, discapacidad parcial, o una combinación de ambas.
Discapacidad Recurrente	Una discapacidad recurrente es el resultado directo de la lesión o enfermedad que causó una discapacidad anterior. Este beneficio permite que los pagos continúen sin cumplir un nuevo período de eliminación si el empleado regresa al trabajo activo de tiempo completo y tiene una discapacidad recurrente dentro de los 30 días consecutivos de regreso al trabajo activo.

Portabilidad	Puede ser elegible para solicitar la continuación de la cobertura si su cobertura termina. La aprobación de este beneficio extenderá su cobertura por un período adicional de tiempo.
Exclusiones por Condición Preexistente	El período preexistente es 3/6. No se pagarán beneficios si la discapacidad del asegurado comienza en los primeros 3 meses de cobertura; y la discapacidad es causada, contribuida o resultado de una condición, ya sea diagnosticada o no, por la cual el asegurado recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios, incluyendo medidas diagnósticas, o se le recetaron medicamentos en los 3 meses anteriores a la fecha efectiva individual del seguro.
Exclusiones	Este plan puede no cubrir ninguna discapacidad resultante de: guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra; participación activa en un disturbio; lesiones autoinfligidas intencionalmente; comisión de agresión o delito grave.

Continuación de Cobertura Durante:

- FMLA (Ley de Ausencia Familiar y Médica)
- Baja Temporal o Permiso de Ausencia
- Permiso por Servicio Militar

Esta información se proporciona como un Resumen de Beneficios. No forma parte de la póliza de seguro y no cambia ni extiende la responsabilidad de American United Life Insurance Company® bajo la Póliza grupal. Si hay discrepancias entre esta información y la Póliza grupal, prevalecerá la Póliza.

Para información adicional sobre beneficios, comuníquese con su Representante de RRHH o llame a OneAmerica Finacial® al 800-553-5318. 03/02/2026