

## Lo que necesita saber:

- **¿Reúne usted los requisitos necesarios?** Los beneficios se encuentran disponibles para los empleados que sean trabajadores activos en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y que trabajen la cantidad mínima de horas semanales que se indican en el contrato.
- **Sus primas y beneficios pueden variar:** OneAmerica Financial® calculará los montos de primas y beneficios reales, los cuales podrían cambiar cuando se alcance determinada edad, de acuerdo con los términos del contrato, y están sujetos a cambios. Los volúmenes y montos de beneficios que se muestran pueden estar sujetos a reducciones debido a la edad.
- **Inscríbese en forma oportuna para una cobertura del seguro garantizada:** Es posible que reúna los requisitos necesarios para obtener cobertura sin tener que responder ninguna pregunta de salud si se inscribe durante el período de inscripción inicial cuando OneAmerica® ofrece los beneficios por primera vez, o bien, si se inscribe como empleado contratado recientemente en un plazo de 31 días después de cualquier período de espera aplicable.
- **Para inscribirse más tarde, necesitará una aprobación:** Si rechaza la cobertura ahora, perderá su única oportunidad de solicitar cobertura de seguro grupal sin tener que someterse primero a una evaluación médica. Si decide inscribirse posteriormente, deberá enviar un formulario de declaración de asegurabilidad para su revisión. OneAmerica decidirá posteriormente si aprueba o rechaza su cobertura según sus antecedentes médicos. Si tiene afecciones médicas actuales, o si las tendrá en el futuro, es posible que no obtenga la aprobación para ningún tipo de cobertura en una fecha posterior.

## Lo que necesita hacer:

- **Revise detenidamente el contenido de este paquete.** Encontrará adjunta información personal sobre los beneficios que OneAmerica Financial le ofrece a usted en nombre de su empleador. Esta es su oportunidad de obtener más información sobre el seguro grupal de OneAmerica Financial, pero no constituye una explicación completa de los beneficios. Para obtener más información, consulte el contrato donde se habla sobre exclusiones, limitaciones, reducción de beneficios y términos en virtud de los cuales el contrato puede continuar en vigencia o rescindirse.
- **Consulte los avisos y limitaciones.** Visite [www.employeebenefits.aul.com](http://www.employeebenefits.aul.com) para acceder a los avisos y limitaciones, G-14320 (05 NonPrudent) 12/28/12. Vaya a forms, Policy/Employee Admin y Notices and Limitations.
- **Presente su formulario de inscripción.** Envíe el formulario de inscripción completo a su empleador.

**This has been translated into Spanish for information purposes only as an accommodation or courtesy. The English version for this material is considered the official version. Insurance policies are available only in English.**

**Esto se ha traducido al español con propósitos informativos solamente, como facilidad o cortesía. La versión en inglés de este material se considera la versión oficial. Las pólizas de seguro están disponibles únicamente en inglés.**

**Nota:** *Productos proporcionados y respaldados por American United Life Insurance Company® (AUL), una empresa de OneAmerica. No disponibles en todos los estados o pueden variar según el estado.*



# Proteja sus ingresos con un seguro de discapacidad

Probablemente tenga un seguro para las cosas de las que más depende. Eso podría incluir la protección de su casa contra incendios o inundaciones y la protección de su vehículo en caso de accidente.

Incluso puede tener un seguro de vida para asegurarse de que sus seres queridos estén atendidos después de su muerte. Pero, ¿ha pensado alguna vez en asegurar sus ingresos?

Es una pregunta importante. Sus ingresos son la piedra angular de su estabilidad financiera. Es la forma de pagar la hipoteca de su casa, las cuotas mensuales de su vehículo y los alimentos, y otras necesidades de su hogar. Sin embargo, esa estabilidad se ve amenazada si sufre una lesión o enfermedad grave que le deje sin poder trabajar.

**La indemnización laboral podría no ser suficiente**  
Aunque la indemnización laboral ofrece alguna protección, solo cubre las lesiones que suceden en el trabajo. Para tener derecho a la cobertura, también debe cumplir ciertos requisitos de elegibilidad. Si usted tiene un seguro médico, éste también puede ayudarlo, pero solo para cubrir sus gastos médicos actuales. Aun así, no sustituirá su pérdida de ingresos mientras no pueda trabajar.

**16%**

de los trabajadores estadounidenses tiene cobertura de seguro de discapacidad.<sup>1</sup>

**50%**

de los trabajadores estadounidenses tendrían que recurrir a sus ahorros si no pudieran trabajar debido a una lesión o enfermedad.<sup>2</sup>

¿Está listo para aprender más? Vaya a su departamento de recursos humanos hoy mismo para comenzar.

**ONEAMERICA**® es el nombre comercial para las compañías de OneAmerica | [OneAmerica.com](https://www.OneAmerica.com)

© 2021 OneAmerica Financial Partners, Inc. Todos los derechos reservados.

1 de 2

G-27786 (ES) 09/21/21

### Si todavía no está preparado, no está solo

En 2020, solo 16% de los trabajadores estadounidenses contaban con un seguro de discapacidad.<sup>1</sup> Probablemente por eso, la mitad de los encuestados afirmaron que tendrían que recurrir a los ahorros si quedaran discapacitados y no pudieran seguir trabajando.<sup>2</sup> En un momento en el que la mayoría de los estadounidenses vaciarían sus cuentas bancarias en solo 10 semanas<sup>3</sup>, esa no es una buena solución a largo plazo. Aun así, sigue siendo mejor que 20% de los trabajadores que afirmaron no saber cómo compensarían la pérdida de sus ingresos<sup>2</sup>.

### El seguro de discapacidad protege su salario

Cualquiera puede verse afectado por una enfermedad o una lesión, pero eso no tiene que constituir una amenaza a su seguridad financiera. Con el seguro de discapacidad, se suple una parte de sus ingresos, y usted puede tener la tranquilidad de saber que su familia está protegida, y que puede centrarse en la curación.

### ¿Sabía usted que?

Según el Consejo para la concienciación sobre la discapacidad<sup>4</sup>, algunos de los motivos más comunes de los reclamos por discapacidad a corto plazo son:

- Embarazo
- Lesiones en la espalda, la espina dorsal, las rodillas y la cadera
- Fracturas, esguinces y distensiones musculares
- Trastornos digestivos
- Salud mental, incluyendo ansiedad y depresión

1. Fuente: <https://lifehappens.org/blog/is-life-insurance-tomorrowsproblem-findings-from-the-2020-insurance-barometer-study/> June 16, 2020

2. Fuente: <https://www.limra.com/globalassets/limra/newsroom/industry-trends/2020-images/DIAM2020factsheet.pdf> Consultado el 9 de septiembre de 2020

3. Fuente: <https://www.magnifymoney.com/blog/news/paychecksurvey/> February 4, 2020

4. Fuente: <https://disabilitycanhappen.org/disability-statistic/> 28 de marzo de 2018

## ¿Si tuviera que enfrentar una enfermedad o una lesión grave, estaría financieramente preparado?

**Nota:** Los productos los emiten y suscriben contra riesgos American United Life Insurance Company® (AUL), Indianapolis, IN, una compañía OneAmerica. No está disponible en todos los estados o puede variar de un estado a otro.

**This has been translated into Spanish for informational purposes only as an accommodation or courtesy and in the event of a dispute the translated material may not be construed to modify or change any policy or contract. The English version of this material is considered the official version and controlling in the event of a dispute or complaint.**

**Esto ha sido traducido al español con fines informativos solamente como un gesto de conveniencia o cortesía y en caso de una disputa no puede ser interpretado para modificar o cambiar una póliza o contrato. La versión en inglés de este material se considera la versión oficial y de control en caso de una disputa o queja.**

## What you need to know about your Educator Disability Benefits

<b>Eligible Employees:</b>	This benefit is available for employees who are actively at work on the effective date and working a minimum of 20 hours per week.
<b>Flexible Choices:</b>	Since everyone's needs are different, these plans offer flexibility for you to choose a benefit option that fits your income replacement needs and budget. You are able to enroll and/or change plans during each scheduled enrollment.
<b>Guaranteed Issue:</b>	If you enroll timely, you may be eligible for coverage without having to answer any health questions. If you decline insurance coverage now and decide to enroll later, you may need to provide Evidence of Insurability.
<b>Timely Enrollment:</b>	Enrolling timely means you have enrolled during the initial enrollment period when benefits were first offered by AUL, or as a newly hired employee within 31 days following completion of any applicable waiting period.
<b>Portability:</b>	Should your coverage terminate, you may be eligible to take this disability insurance with you without providing Evidence of Insurability. You must apply within 31 days from the last day you are eligible.
<b>Waiver of Premium:</b>	If approved, this benefit waives your Disability insurance premium in case you become disabled and are unable to collect a paycheck.
<b>Elimination Period:</b>	This is a period of consecutive days of disability before benefits may become payable under the contract.
<b>Total Disability:</b>	You are considered disabled if, because of injury or sickness, you cannot perform the material and substantial duties of your regular occupation, you are not working in any occupation and are under the regular attendance of a physician for that injury or sickness.
<b>Partial Disability:</b>	You may be paid a partial disability benefit, if because of injury or sickness, you are unable to perform every material and substantial duty of your regular occupation on a full-time basis, are performing at least one of the material and substantial duties of your regular occupation, or another occupation, on a full or part-time basis, and are earning less than 80% of your pre-disability earnings due to the same injury or sickness.
<b>Residual:</b>	The elimination period can be satisfied by total disability, partial disability, or a combination of both.
<b>Return to Work:</b>	You may be able to return to work for a specified time period without having your partial disability benefits reduced according to the contract. The Return to Work Benefit is offered up to a maximum of 12 months.
<b>Integration:</b>	The method by which your benefit may be reduced by Other Income Benefits.
<b>Offset:</b>	An offset is an amount that reduces your benefit amount by amounts you receive from other sources for your disability and will be specified in the contract.
<b>Pre-Existing Condition Limitations:</b>	The pre-existing period is 3/12. Certain disabilities are not covered if the cause of the disability is traceable to a condition existing prior to your effective date of coverage. A pre-existing condition is any condition for which a person has received medical treatment or consultation, taken or were prescribed drugs or medicine, or received care or services, including diagnostic measures, within a time-frame specified in the contract. You must also be treatment-free for a time-frame specified in some contracts following your individual effective date of coverage. A limited benefit will be paid if the Person's Disability begins in the first 12 months following the Person's Individual Effective Date of Insurance; and the Person's Disability is caused by, contributed to by, or the result of a condition for which the Person received medical advice or treatment in the 3 months just prior to the Person's Individual Effective Date of Insurance.
	3 months - 100%
<b>About Your Benefits:</b>	Educator Disability benefits are illustrated and paid on a monthly basis.

*OneAmerica Financial<sup>®</sup> is the marketing name for the companies of OneAmerica Financial.*

**Group Educator Disability Plan A**

You may select a minimum monthly benefit of \$200 up to a maximum monthly benefit of \$7,500, in increments of \$100, not to exceed 66.67% of your monthly pre-disability earnings.

**Maximum Benefit Duration**

Accident: SSFRA / Sickness: SSFRA

**Pre-Existing Condition Period**

3 months / 12 months

**Payroll Deduction Illustration: 2 Times Per Month**

If your annual salary is at least:	You may select a monthly benefit of:	Elimination Period				
		Opt 1 14/14	Opt 2 30/30	Opt 3 60/60	Opt 4 90/90	Opt 5 180/180
\$3,600	\$200	\$2.72	\$2.33	\$1.87	\$1.06	\$0.74
\$5,400	\$300	\$4.08	\$3.50	\$2.81	\$1.59	\$1.11
\$7,200	\$400	\$5.44	\$4.66	\$3.74	\$2.12	\$1.48
\$9,000	\$500	\$6.80	\$5.83	\$4.68	\$2.65	\$1.85
\$10,799	\$600	\$8.16	\$6.99	\$5.61	\$3.18	\$2.22
\$12,599	\$700	\$9.52	\$8.16	\$6.55	\$3.71	\$2.59
\$14,399	\$800	\$10.88	\$9.32	\$7.48	\$4.24	\$2.96
\$16,199	\$900	\$12.24	\$10.49	\$8.42	\$4.77	\$3.33
\$17,999	\$1,000	\$13.60	\$11.65	\$9.35	\$5.30	\$3.70
\$19,799	\$1,100	\$14.96	\$12.82	\$10.29	\$5.83	\$4.07
\$21,599	\$1,200	\$16.32	\$13.98	\$11.22	\$6.36	\$4.44
\$23,399	\$1,300	\$17.68	\$15.15	\$12.16	\$6.89	\$4.81
\$25,199	\$1,400	\$19.04	\$16.31	\$13.09	\$7.42	\$5.18
\$26,999	\$1,500	\$20.40	\$17.48	\$14.03	\$7.95	\$5.55
\$28,799	\$1,600	\$21.76	\$18.64	\$14.96	\$8.48	\$5.92
\$30,598	\$1,700	\$23.12	\$19.81	\$15.90	\$9.01	\$6.29
\$32,398	\$1,800	\$24.48	\$20.97	\$16.83	\$9.54	\$6.66
\$34,198	\$1,900	\$25.84	\$22.14	\$17.77	\$10.07	\$7.03
\$35,998	\$2,000	\$27.20	\$23.30	\$18.70	\$10.60	\$7.40
\$37,798	\$2,100	\$28.56	\$24.47	\$19.64	\$11.13	\$7.77
\$39,598	\$2,200	\$29.92	\$25.63	\$20.57	\$11.66	\$8.14
\$41,398	\$2,300	\$31.28	\$26.80	\$21.51	\$12.19	\$8.51
\$43,198	\$2,400	\$32.64	\$27.96	\$22.44	\$12.72	\$8.88
\$44,998	\$2,500	\$34.00	\$29.13	\$23.38	\$13.25	\$9.25
\$46,798	\$2,600	\$35.36	\$30.29	\$24.31	\$13.78	\$9.62
\$48,598	\$2,700	\$36.72	\$31.46	\$25.25	\$14.31	\$9.99
\$50,397	\$2,800	\$38.08	\$32.62	\$26.18	\$14.84	\$10.36
\$52,197	\$2,900	\$39.44	\$33.79	\$27.12	\$15.37	\$10.73
\$53,997	\$3,000	\$40.80	\$34.95	\$28.05	\$15.90	\$11.10
\$55,797	\$3,100	\$42.16	\$36.12	\$28.99	\$16.43	\$11.47
\$57,597	\$3,200	\$43.52	\$37.28	\$29.92	\$16.96	\$11.84

OneAmerica Financial<sup>®</sup> is the marketing name for the companies of OneAmerica Financial.

**Group Educator Disability Plan A**

You may select a minimum monthly benefit of \$200 up to a maximum monthly benefit of \$7,500, in increments of \$100, not to exceed 66.67% of your monthly pre-disability earnings.

**Maximum Benefit Duration**

Accident: SSFRA / Sickness: SSFRA

**Pre-Existing Condition Period**

3 months / 12 months

**Payroll Deduction Illustration: 2 Times Per Month**

If your annual salary is at least:	You may select a monthly benefit of:	Elimination Period				
		Opt 1 14/14	Opt 2 30/30	Opt 3 60/60	Opt 4 90/90	Opt 5 180/180
\$59,397	\$3,300	\$44.88	\$38.45	\$30.86	\$17.49	\$12.21
\$61,197	\$3,400	\$46.24	\$39.61	\$31.79	\$18.02	\$12.58
\$62,997	\$3,500	\$47.60	\$40.78	\$32.73	\$18.55	\$12.95
\$64,797	\$3,600	\$48.96	\$41.94	\$33.66	\$19.08	\$13.32
\$66,597	\$3,700	\$50.32	\$43.11	\$34.60	\$19.61	\$13.69
\$68,397	\$3,800	\$51.68	\$44.27	\$35.53	\$20.14	\$14.06
\$70,196	\$3,900	\$53.04	\$45.44	\$36.47	\$20.67	\$14.43
\$71,996	\$4,000	\$54.40	\$46.60	\$37.40	\$21.20	\$14.80
\$73,796	\$4,100	\$55.76	\$47.77	\$38.34	\$21.73	\$15.17
\$75,596	\$4,200	\$57.12	\$48.93	\$39.27	\$22.26	\$15.54
\$77,396	\$4,300	\$58.48	\$50.10	\$40.21	\$22.79	\$15.91
\$79,196	\$4,400	\$59.84	\$51.26	\$41.14	\$23.32	\$16.28
\$80,996	\$4,500	\$61.20	\$52.43	\$42.08	\$23.85	\$16.65
\$82,796	\$4,600	\$62.56	\$53.59	\$43.01	\$24.38	\$17.02
\$84,596	\$4,700	\$63.92	\$54.76	\$43.95	\$24.91	\$17.39
\$86,396	\$4,800	\$65.28	\$55.92	\$44.88	\$25.44	\$17.76
\$88,196	\$4,900	\$66.64	\$57.09	\$45.82	\$25.97	\$18.13
\$89,996	\$5,000	\$68.00	\$58.25	\$46.75	\$26.50	\$18.50
\$91,795	\$5,100	\$69.36	\$59.42	\$47.69	\$27.03	\$18.87
\$93,595	\$5,200	\$70.72	\$60.58	\$48.62	\$27.56	\$19.24
\$95,395	\$5,300	\$72.08	\$61.75	\$49.56	\$28.09	\$19.61
\$97,195	\$5,400	\$73.44	\$62.91	\$50.49	\$28.62	\$19.98
\$98,995	\$5,500	\$74.80	\$64.08	\$51.43	\$29.15	\$20.35
\$100,795	\$5,600	\$76.16	\$65.24	\$52.36	\$29.68	\$20.72
\$102,595	\$5,700	\$77.52	\$66.41	\$53.30	\$30.21	\$21.09
\$104,395	\$5,800	\$78.88	\$67.57	\$54.23	\$30.74	\$21.46
\$106,195	\$5,900	\$80.24	\$68.74	\$55.17	\$31.27	\$21.83
\$107,995	\$6,000	\$81.60	\$69.90	\$56.10	\$31.80	\$22.20
\$109,795	\$6,100	\$82.96	\$71.07	\$57.04	\$32.33	\$22.57
\$111,594	\$6,200	\$84.32	\$72.23	\$57.97	\$32.86	\$22.94
\$113,394	\$6,300	\$85.68	\$73.40	\$58.91	\$33.39	\$23.31

OneAmerica Financial<sup>®</sup> is the marketing name for the companies of OneAmerica Financial.

**Group Educator Disability Plan A**

You may select a minimum monthly benefit of \$200 up to a maximum monthly benefit of \$7,500, in increments of \$100, not to exceed 66.67% of your monthly pre-disability earnings.

**Maximum Benefit Duration**

Accident: SSFRA / Sickness: SSFRA

**Pre-Existing Condition Period**

3 months / 12 months

**Payroll Deduction Illustration: 2 Times Per Month**

If your annual salary is at least:	You may select a monthly benefit of:	Elimination Period				
		Opt 1 14/14	Opt 2 30/30	Opt 3 60/60	Opt 4 90/90	Opt 5 180/180
\$115,194	\$6,400	\$87.04	\$74.56	\$59.84	\$33.92	\$23.68
\$116,994	\$6,500	\$88.40	\$75.73	\$60.78	\$34.45	\$24.05
\$118,794	\$6,600	\$89.76	\$76.89	\$61.71	\$34.98	\$24.42
\$120,594	\$6,700	\$91.12	\$78.06	\$62.65	\$35.51	\$24.79
\$122,394	\$6,800	\$92.48	\$79.22	\$63.58	\$36.04	\$25.16
\$124,194	\$6,900	\$93.84	\$80.39	\$64.52	\$36.57	\$25.53
\$125,994	\$7,000	\$95.20	\$81.55	\$65.45	\$37.10	\$25.90
\$127,794	\$7,100	\$96.56	\$82.72	\$66.39	\$37.63	\$26.27
\$129,594	\$7,200	\$97.92	\$83.88	\$67.32	\$38.16	\$26.64
\$131,393	\$7,300	\$99.28	\$85.05	\$68.26	\$38.69	\$27.01
\$133,193	\$7,400	\$100.64	\$86.21	\$69.19	\$39.22	\$27.38
\$134,993	\$7,500	\$102.00	\$87.38	\$70.13	\$39.75	\$27.75

OneAmerica Financial<sup>®</sup> is the marketing name for the companies of OneAmerica Financial.



# Cómo proteger a sus seres queridos — Pase lo que pase

“¿Estarán bien mis seres queridos cuando ya no esté?” Esta es una pregunta difícil de hacerse, pero importante en cualquier caso.

Si usted falleciera inesperadamente, ¿cómo se las arreglarían sus seres queridos desde el punto de vista económico? ¿Estarían protegidos? ¿O se encontrarían luchando para llegar a fin de mes mientras aún están en medio de su dolor?

## Una brecha creciente para las familias

En todo el país, las familias estadounidenses se enfrentan a una creciente brecha de seguros. En 2023, 48% de los consumidores adultos estadounidenses no tenía seguro de vida.<sup>1</sup> Entre los propietarios de seguros de vida, 21% considera que no tiene una cobertura suficiente para hacerse cargo de su familia en caso de fallecer.<sup>1</sup>

Pero el seguro de vida no se limita a proteger a sus seres queridos a corto plazo. También puede ser una forma de cubrir sus necesidades durante décadas, al mantenerlos en el camino de sus objetivos a largo plazo, ya sea la educación universitaria, la propiedad de una vivienda o incluso la jubilación.

1. [https://www.limra.com/siteassets/newsroom/liam/2023/0859-2023-liam-fact-sheet-2023\\_final.pdf](https://www.limra.com/siteassets/newsroom/liam/2023/0859-2023-liam-fact-sheet-2023_final.pdf)

**48%**

de los consumidores adultos estadounidenses no posee un seguro de vida.

**21%**

de los propietarios de seguro de vida no creen tener suficiente cobertura.

Para conocer más, o si tiene preguntas sobre las opciones de seguro de vida disponibles a través de su empleador, póngase en contacto con su Departamento de recursos humanos hoy mismo.

**ONEAMERICA**<sup>®</sup> es el nombre comercial de las compañías OneAmerica | [OneAmerica.com](https://www.OneAmerica.com)

### ¿Por qué comprar un seguro de vida a término?

- Las tarifas colectivas proporcionan una cobertura asequible
- Los pagos de las primas se realizan fácilmente a través de la deducción de la nómina
- En algunos casos, puede adquirir cobertura para su cónyuge y/o hijos dependientes
- Puede llevarse su cobertura en caso de que cese el trabajo con su empleador

### ¿Cuánto necesita?

Las circunstancias de cada quien son diferentes. La magnitud del seguro de vida adecuado para usted dependerá de factores como la edad, las finanzas actuales y las necesidades financieras de sus seres queridos. Por eso, es importante iniciar la conversación ahora, tanto con las personas más cercanas a usted como con un profesional financiero que pueda guiarle por un camino positivo.

*Nadie sabe lo que depara el futuro. Por eso la preparación es tan importante. Al tomar medidas ahora para asegurar la cobertura del seguro de vida a término, usted y los seres que más le importan tendrán la tranquilidad de saber que sí, que estarán bien, sin importar lo que traiga el mañana.*

**Nota:** Los productos los emite y suscribe contra riesgos American United Life Insurance Company® (AUL), Indianapolis, IN, una compañía OneAmerica. No está disponible en todos los estados o puede variar de un estado a otro.

This has been translated into Spanish for informational purposes only as an accommodation or courtesy. In the event of a dispute the translated version may not be construed to modify or change any policy or contract which are only available in English. The English version of this material is considered the official version and controlling in the event of a dispute or complaint. Other materials, prospectus, or online tools may only be available in English.

Esto ha sido traducido al español con fines informativos solamente como un gesto de conveniencia o cortesía. En caso de una disputa no puede ser interpretado para modificar o cambiar una póliza o contrato los cuales están solo disponibles en inglés. La versión en inglés de este material se considera la versión oficial y de control en caso de una disputa o queja. Otros materiales, prospectos o herramientas en línea pueden estar únicamente disponibles en inglés.

**Todo lo que debe saber sobre sus Beneficios de seguro de vida básico y por MAyD**

**Emisión garantizada:** Empleado: \$30,000

**Seguro por muerte y desmembramiento accidental:** Es posible que deban pagarse beneficios de seguro de vida adicionales en el caso de un accidente que dé como resultado muerte o desmembramiento según lo definido en el contrato. Los beneficios adicionales por MAyD incluyen cinturón de seguridad, bolsa de aire, repatriación, educación superior para hijos, atención infantil, parálisis/pérdida de uso, quemaduras graves, desaparición, and y exposición.

**Beneficio del seguro de vida acelerado:** Si le diagnostican una enfermedad terminal y tiene menos de 12 meses de vida, puede solicitar recibir el 25 %, el 50 % o el 75 % del beneficio de su seguro de vida para utilizarlo en lo que desee.

**Reducciones:** Al llegar a determinadas edades, el monto de beneficio original se reducirá al porcentaje que aparece en el siguiente cronograma.

Edad:	70
Se reduce a:	50%

**Cobertura del seguro de vida básico y por MAyD para el empleado**

El monto de cobertura de su seguro de vida y por MAyD es \$30,000.

La cobertura se le otorga sin costo alguno.

**Todo lo que debe saber sobre sus Beneficios de seguro de vida a término voluntario y por MAYD**

- Opciones flexibles** Empleado: \$10,000 a \$500,000, en incrementos de \$10,000, sin que supere 5 veces su salario anual  
Cónyuge: menor de 70 años: de \$5,000 a \$250,000, en incrementos de \$5,000, sin que supere el 100% del monto del empleado
- Seguro garantizado:** Empleado: \$250,000 Cónyuge: \$50,000 Hijo: \$10,000
- Cobertura de seguro de vida para dependientes:** La cobertura de seguro de vida para dependientes opcional se encuentra disponible para todos los empleados elegibles. Debe seleccionar la cobertura para empleado a fin de cubrir a su cónyuge y/o hijos.
- Seguro por muerte y desmembramiento accidental (MAYD):** Es posible que deban pagarse beneficios de seguro de vida adicionales en el caso de un accidente que resulte en muerte o desmembramiento según lo definido en el contrato. Los beneficios adicionales por MAYD incluyen cinturón de seguridad, bolsa de aire, repatriación, educación superior para hijos, atención infantil, parálisis/pérdida de uso, quemaduras graves, desaparición y exposición.
- Beneficio del seguro de vida acelerado:** Si le diagnostican una enfermedad terminal y tiene menos de 12 meses de vida, puede solicitar recibir el 25 %, el 50 % o el 75 % del beneficio de su seguro de vida para utilizarlo en lo que desee.
- Incremento garantizado en el beneficio:** Es posible que sea elegible para incrementar su cobertura de forma anual hasta que alcance su monto máximo sin proporcionar evidencia de asegurabilidad.
- Reducciones:** Al llegar a determinadas edades, el monto de beneficio original se reducirá al porcentaje que aparece en el siguiente cronograma. Los montos de la suma principal del seguro de vida para dependientes y la cobertura de MAYD para dependientes se reducirá de acuerdo con el cronograma de reducciones del empleado.

Edad:	70
Se reduce a:	50%

**Ilustración de la deducción de nómina: 2 veces por mes**  
**Opciones para empleados**

Vida y MAYD	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
\$10,000	\$ .40	\$ .40	\$ .40	\$ .50	\$ .55	\$ .70	\$ .95	\$ 1.40	\$ 2.60	\$ 3.40	\$ 6.45	\$ 10.40	\$ 10.40
\$20,000	\$ .80	\$ .80	\$ .80	\$ 1.00	\$ 1.10	\$ 1.40	\$ 1.90	\$ 2.80	\$ 5.20	\$ 6.80	\$ 12.90	\$ 20.80	\$ 20.80
\$30,000	\$ 1.20	\$ 1.20	\$ 1.20	\$ 1.50	\$ 1.65	\$ 2.10	\$ 2.85	\$ 4.20	\$ 7.80	\$ 10.20	\$ 19.35	\$ 31.20	\$ 31.20
\$40,000	\$ 1.60	\$ 1.60	\$ 1.60	\$ 2.00	\$ 2.20	\$ 2.80	\$ 3.80	\$ 5.60	\$ 10.40	\$ 13.60	\$ 25.80	\$ 41.60	\$ 41.60
\$50,000	\$ 2.00	\$ 2.00	\$ 2.00	\$ 2.50	\$ 2.75	\$ 3.50	\$ 4.75	\$ 7.00	\$ 13.00	\$ 17.00	\$ 32.25	\$ 52.00	\$ 52.00
\$100,000	\$ 4.00	\$ 4.00	\$ 4.00	\$ 5.00	\$ 5.50	\$ 7.00	\$ 9.50	\$ 14.00	\$ 26.00	\$ 34.00	\$ 64.50	\$ 104.00	\$ 104.00
\$150,000	\$ 6.00	\$ 6.00	\$ 6.00	\$ 7.50	\$ 8.25	\$ 10.50	\$ 14.25	\$ 21.00	\$ 39.00	\$ 51.00	\$ 96.75	\$ 156.00	\$ 156.00
\$200,000	\$ 8.00	\$ 8.00	\$ 8.00	\$ 10.00	\$ 11.00	\$ 14.00	\$ 19.00	\$ 28.00	\$ 52.00	\$ 68.00	\$ 129.00	\$ 208.00	\$ 208.00
\$250,000	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 12.50	\$ 13.75	\$ 17.50	\$ 23.75	\$ 35.00	\$ 65.00	\$ 85.00	\$ 161.25	\$ 260.00	\$ 260.00

**Opciones para cónyuges**

Vida y MAYD	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
\$10,000	\$ .40	\$ .40	\$ .40	\$ .50	\$ .55	\$ .70	\$ .95	\$ 1.40	\$ 2.60	\$ 3.40	\$ 6.45	\$ 10.40	\$ 10.40
\$20,000	\$ .80	\$ .80	\$ .80	\$ 1.00	\$ 1.10	\$ 1.40	\$ 1.90	\$ 2.80	\$ 5.20	\$ 6.80	\$ 12.90	\$ 20.80	\$ 20.80
\$30,000	\$ 1.20	\$ 1.20	\$ 1.20	\$ 1.50	\$ 1.65	\$ 2.10	\$ 2.85	\$ 4.20	\$ 7.80	\$ 10.20	\$ 19.35	\$ 31.20	\$ 31.20
\$40,000	\$ 1.60	\$ 1.60	\$ 1.60	\$ 2.00	\$ 2.20	\$ 2.80	\$ 3.80	\$ 5.60	\$ 10.40	\$ 13.60	\$ 25.80	\$ 41.60	\$ 41.60
\$50,000	\$ 2.00	\$ 2.00	\$ 2.00	\$ 2.50	\$ 2.75	\$ 3.50	\$ 4.75	\$ 7.00	\$ 13.00	\$ 17.00	\$ 32.25	\$ 52.00	\$ 52.00

**Opciones para hijos**

Vida y MAYD	Hijos desde los 6 meses a los 26 años edad	Hijos desde su nacimiento con vida hasta los 6 meses de vida	Monto de deducción Hijos
Opción 1:	\$10,000	\$1,000	\$0.50

**Nota:** Las primas para empleados y cónyuges se basan en su edad a partir del 09/01 y del monto de cobertura seleccionado. Las primas para hijos son para todos los hijos elegibles combinados.

# Formulario de inscripción grupal

American United Life Insurance Company®  
 a ONEAMERICA FINANCIAL® company  
 One American Square, P.O. Box 6123  
 Indianapolis, IN 46206-6123  
 (800) 553-5318  
 www.employeebenefits.aul.com

**OneAmerica**  
 Financial

Nombre legal completo del solicitante:		Situación laboral: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Retirado	
Número de Seguro Social del solicitante:	Fecha de nacimiento:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado de residencia del solicitante:	Código postal residencial del solicitante:	Empleador: Waller Independent School District	
Número de teléfono del solicitante: (horario de atención habitual): ( ) -	Dirección de correo electrónico del solicitante:	Empleado a tiempo completo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está autorizado para trabajar y residir en los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**COBERTURA SOLICITADA PARA:** Solicite o rechace cada una de las coberturas deseadas que se enumeran a continuación. Si no marca una casilla, se considerará que rechaza esa cobertura.

### Monto/opción del beneficio solicitados

<b>Discapacidad a largo plazo en el lugar de trabajo</b>	Opción _____ <input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> Rechazar
<b>Seguro de vida a término básico y seguro por MAYD</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Elegir	
<b>Seguro de vida a término voluntario y seguro por MAYD para empleados</b>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> Rechazar
<b>Seguro de vida a término voluntario para cónyuge</b>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> Rechazar
<b>Seguro de vida a término voluntario y por MAYD para hijos</b>	Opción _____ <input type="checkbox"/> Elegir	<input type="checkbox"/> Rechazar

\*Si el cónyuge está incluido en la cobertura para dependientes: Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_.

**En cuanto a las coberturas de seguro de vida a término de AUL, identifique su designación de beneficiario para garantizar que los beneficios puedan pagarse de acuerdo con sus deseos.**

Nombre del beneficiario primario:	Porcentaje:	Parentesco:	N.º de Seguro Social/Fecha de nacimiento:
Nombre del beneficiario contingente:	Porcentaje:	Parentesco:	N.º de Seguro Social/Fecha de nacimiento:

Si vive en un estado de propiedad comunitaria, deberá obtener la firma de su cónyuge si él/ella no será nombrado como beneficiario principal. Los estados de propiedad comunitaria incluyen: AZ, CA, ID, LA, NV, NM, TX, WA y WI.

- Por la presente solicito la cobertura de seguro de vida grupal o por discapacidad solicitada para la que yo y mis dependientes, si los hubiere, reunimos los requisitos necesarios, y la cual está disponible según la póliza de AUL. Comprendo que la obtención de una cobertura superior al monto del seguro garantizado o la solicitud de cobertura después del período de inscripción aprobado exige primero la revisión médica y la aprobación por escrito de AUL.
- Autorizo a mi empleador a realizar deducciones de mis salarios correspondientes al monto de la prima requerido para el monto de cobertura aprobado por AUL, incluidos los incrementos de las primas que se produzcan por grupo etario o los cambios salariales, cuando corresponda. Los pagos de las primas superiores al monto de la prima adeudado no facilitarán una cobertura adicional en virtud de la póliza de AUL.
- El que suscribe declara que la información o los documentos proporcionados a AUL por él antes y después de la fecha de la solicitud de seguro, y que los hechos y otros asuntos incluidos anteriormente son verdaderos y exactos al leal saber y entender del que suscribe.

**El que suscribe comprende y acepta que la cobertura del seguro o los beneficios están sujetos a que las declaraciones realizadas a AUL estén completas y sean correctas. El que suscribe ha leído, comprende y conserva los avisos, limitaciones y exclusiones para su registro.**

- Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro podrá ser culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

