

TIC Akean Inc.

DETALLES DE LOS BENEFICIOS

**Descubre nuevas
maneras de proteger
lo que amas**



Sun Life

Life's brighter under the sun

Encuentre sus beneficios aquí.

T I C AKEAN INC.
PÓLIZA # 972399

Si está leyendo esto, debe ser el momento de inscripción. Pero no se preocupe, porque lo tenemos cubierto. Le proporcionaremos la información correcta para obtener la mejor cobertura para usted y su familia. Algunas de nuestras ofertas pueden ser nuevas para usted. Tómese un tiempo para leer este folleto, de modo que se sienta seguro acerca de sus elecciones. Y tenga en cuenta que cualquier beneficio que elija se paga fácilmente mediante la deducción de nómina.

UN VISTAZO A LOS BENEFICIOS:

- **Seguro Dental** para ayudar a mantener sonrisas saludables y una mejor salud en general.
- **Seguro de Visión** con exámenes que pueden detectar otras afecciones de salud.

Seguro Dental

CUBIERTOS COMÚNMENTE

- ✓ Exámenes y limpiezas
- ✓ Radiografías
- ✓ Empastes
- ✓ Extracciones dentales
- ✓ Tratamientos de conducto radicular

▶ PROTEGE SU SONRISA.

Siéntase más seguro con el seguro dental que le alienta a hacerse limpiezas y chequeos de rutina. El seguro dental ayuda a proteger sus dientes toda la vida.

▶ PREVIENE OTROS PROBLEMAS DE SALUD.

La atención preventiva anual por sí sola puede ayudar a prevenir otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes. Muchos planes cubren servicios preventivos casi o en su totalidad para que pueda aprovechar sus beneficios dentales.

▶ MENOS GASTOS DE BOLSILLO.

Visitar a un dentista de la red puede reducir sus tarifas aproximadamente un 30% de sus tarifas estándar. Agregue a eso los beneficios de su coseguro y su bolsillo se verá beneficiado.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE SERVICIO DENTAL

La enfermedad periodontal puede ocasionar la retracción de encías, daño óseo, pérdida de dientes, y puede aumentar el riesgo de otros problemas de salud como la enfermedad cardíaca y la diabetes.¹

El tratamiento de la enfermedad periodontal en personas con diabetes tipo 2 puede reducir el nivel de azúcar en sangre con el tiempo.²

MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo I, II y III (Servicios Preventivos, Básicos y Mayores)	\$1,500 por persona (incluye recompensas preventivas)	\$1,500 por persona (incluye recompensas preventivas)

DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO

PROCEDIMIENTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios Preventivos Tipo I	N/A	N/A
Servicios Tipos II y III (Básicos y Mayores)	\$50 individual/\$150 familiar	\$50 individual/\$150 familiar

EL PLAN PAGA LOS SIGUIENTES PORCENTAJES PARA PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios Preventivos Tipo I	100%	100%
Servicios Básicos Tipo II	80%	80%
Servicios Mayores Tipo III	50%	50%

SERVICIOS

Servicios Dentales Preventivos Tipo I, incluyendo:

- Exámenes bucales – 2 en cualquier año calendario
- Limpiezas dentales de rutina – 2 en cualquier año calendario (frecuencia combinada con mantenimiento periodontal)
- Tratamiento con flúor – 1 en cualquier período de 6 meses. *Sólo para niños menores de 14 años*
- Selladores – no más de 1 por pieza en cualquier período de 36 meses, sólo para dientes molares permanentes. *Sólo para niños menores de 14 años*
- Radiografías de aleta de mordida – 1 en cualquier período de 12 meses
- Radiografías intrabucales de serie completa – 1 en cualquier período de 60 meses
- Prueba genética de susceptibilidad a enfermedades bucales

Servicios Dentales Básicos Tipo II, incluyendo:

- Nuevos empastes, incluyendo materiales compuestos para dientes posteriores
- Mantenedores de espacio – *sólo para niños menores de 19 años*
- Extracciones simples, incisión y drenaje
- Enfermedad leve de las encías (periodoncia no quirúrgica)
- Raspado y alisado radicular – 1 en cualquier período de 24 meses por área
- Mantenimiento periodontal – 1 vez en 3 meses consecutivos, frecuencia combinada con limpiezas dentales de rutina y se limita a 4 en 12 meses consecutivos
- Administración localizada de agentes antimicrobianos

- Enfermedad grave de las encías (periodoncia quirúrgica)

Servicios Dentales Mayores Tipo III, incluyendo:

- Dentaduras y puentes – sujetos a un límite de 10 años para el reemplazo
- Coronas de acero inoxidable – *sólo para niños menores de 19 años*
- Incrustaciones, recubrimientos y reparaciones de coronas – 1 por pieza en cualquier período de 10 años
- Extracciones quirúrgicas de dientes erupcionados, impactados o de raíz expuesta
- Biopsia (incluyendo biopsia por cepillado)
- Endodoncia (incluye tratamiento de conducto radicular) – 1 por pieza en cualquier período de 24 meses
- Cirugía oral compleja
- Anestesia general/sedación intravenosa – cuando es una necesidad médica

Períodos de Espera

Para ver una descripción completa de los servicios y períodos de espera, revise el certificado de su seguro. Si usted estaba cubierto por el plan anterior de su empleador, no habrá espera para ningún tipo de servicio cubierto bajo el plan anterior y este plan.

- Ningún período de espera para servicios preventivos, básicos o mayores

Preguntas frecuentes

¿Cómo funciona una PPO?

PPO son las siglas de Participating Provider Organization. Con un plan dental PPO, los proveedores dentales aceptan participar en una red dental ofreciendo tarifas con descuento en la mayoría de los procedimientos dentales. Cuando vaya a un proveedor en la red, es posible que note menores costos directos porque los proveedores en la red aceptan tarifas con descuento negociadas previamente en reclamaciones elegibles.

¿Cómo encuentro un dentista?

Simplemente visite www.sunlife.com/findadentist. Siga las indicaciones para encontrar un dentista en su área que participa en la red de PPO. No necesita seleccionar un dentista de antemano. La red de PPO para su plan es Sun Life Dental Network® con más de 130,000 dentistas exclusivos³.

¿Tengo que elegir un dentista de la red de PPO?

No. Puede consultar cualquier dentista con licencia para los servicios. Sin embargo, es posible que note menores costos directos cuando vaya a un dentista en la red.

¿Mis dependientes son elegibles para la cobertura?

Sí. Su plan ofrece cobertura para su cónyuge⁴ e hijos dependientes. Un hijo elegible se define como un hijo hasta la edad de 26.⁵

¿Qué sucede si ya comencé un procedimiento dental, tal como un tratamiento de conducto radicular o aparatos de ortodoncia, que requiere varias citas?

Es posible que su cobertura con nosotros maneje estos procedimientos de manera diferente que su plan anterior. Para asegurar una transición sin inconvenientes para el procedimiento en curso, llame a nuestros expertos en reclamaciones dentales antes de su próxima cita al 800-442-7742.

¿Tengo que presentar una reclamación?

Muchos dentistas pueden presentar reclamaciones por usted. Si un dentista no presenta su reclamación, simplemente pida a su dentista que llene un formulario de reclamación estándar para Estados Unidos de Dental Association (ADA) y lo envíe por correo a:

Sun Life
PO Box 1428
Milwaukee, WI 53201-1428

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura o dónde encuentro mi tarjeta de identificación de seguro dental?

Después de la fecha de vigencia de su cobertura, puede ver la información de beneficios en línea a su conveniencia a través de su cuenta Sun Life. Para crear una cuenta, visite www.sunlife.com/account y regístrese. También puede acceder a esta información desde nuestra aplicación móvil, disponible para dispositivos Apple y Android. O puede llamar a Servicio al Cliente de Sun Life's al 800-442-7742. Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, para acceder a nuestro sistema automatizado y obtener

1. American Academy of Periodontology <https://www.perio.org/consumer/gum-disease-and-other-diseases> (consultado el 07/21).

2. American Academy of Periodontology <https://www.perio.org/newsroom/periodontal-disease-fact-sheet> (consultado el 07/21).

3. Datos de Zelis Network Analytics a partir de enero de 2022 y según un recuento único de dentistas. Las redes dentales de Sun Life incluyen a su afiliado, Dental Health Alliance, L.L.C.® (DHA), y a dentistas según acuerdos de acceso con otras redes dentales. Los recuentos a nivel nacional son totales a nivel estatal.

4. Si el plan de beneficios para el empleado del empleador lo permite y no está prohibido por las leyes estatales, el término "cónyuge" en este beneficio incluye a cualquier persona que sea reconocida como cónyuge, pareja de hecho registrada, pareja en una unión civil o a quien se le otorguen los mismos derechos que a un cónyuge.

5. Consulte con su empleador para obtener información más específica.

6. La clasificación de servicios varía según el diseño del plan.

7. La cantidad total de procedimientos combinados de limpiezas profilácticas y mantenimiento periodontal no puede ser superior a 4 en un período de 12 meses.

respuestas a preguntas comunes cuando le resulte conveniente.

¿Qué beneficios con valor agregado incluye mi plan?

Su plan incluye nuestro programa Lifetime of Smiles®, que brinda beneficios que muchas personas prefieren, tales como hasta cuatro limpiezas periodontales en un año^{6,7}, empastes del color del diente en las piezas posteriores y biopsias por cepillado para la detección temprana del cáncer bucal.

Su plan también incluye Preventive Rewards para que pueda obtener hasta \$1,250 adicionales en su máximo anual para el año siguiente. La cantidad agregada se basa en los reclamos pagados por servicios preventivos durante el año anterior.

CONSIDERE LA PREVIA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Esto nos permite revisar su plan de tratamiento del proveedor para informarle antes de iniciar el tratamiento qué parte del procedimiento probablemente esté cubierta por el plan y cuánto debe pagar usted. La recomendamos para cualquier tratamiento dental que no exceda los \$500.

Lea la sección Información importante para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Disposiciones de planes dentales

Ajustes de beneficios

Los beneficios se coordinarán con cualquier otra cobertura dental. Conforme a la disposición de tratamiento alternativo, los beneficios serán pagaderos por los servicios o suministros más económicos que cumplan con las normas de cuidado odontológico ampliamente aceptadas.

Tarifas

Cobertura y costo **quincenal** del seguro dental.

Las tarifas entran en vigor a partir del 1.º de noviembre de 2024.

La cobertura dental es contributiva. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Cobertura	Costo por período de pago*
Empleado	\$10.60
Empleado + cónyuge	\$42.39
Empleado + hijo(s)	\$52.08
Empleado + familia	\$73.27

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Seguro de Visión

CUBIERTOS COMÚNMENTE

- ✓ Exámenes anuales
- ✓ Lentes
- ✓ Marcos
- ✓ Lentes de contacto
- ✓ Descuento en la corrección de la visión por láser

▶ PROTEJA SUS OJOS.

Puede ayudar a proteger su vista visitando a un oftalmólogo regularmente. El seguro de la vista incluye un examen completo anual de la vista con un médico especialista en la visión. Cuidar sus ojos hoy puede conducir a una mejor calidad de vida más adelante.

▶ PREVENGA OTROS ASUNTOS DE SALUD.

La atención preventiva anual por sí sola puede ayudar a detectar signos de afecciones de salud crónicas como la presión arterial alta y la diabetes. La detección temprana puede ser clave antes de que surjan síntomas costosos.¹

▶ GASTOS DE BOLSILLO MENORES.

Ver a un proveedor de atención de la vista dentro de la red puede reducir sus gastos con ahorros en marcos, lentes, lentes de contacto, exámenes de la vista y más.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE SEGURO DE VISIÓN

Aproximadamente, el 90% de la ceguera relacionada con la diabetes se puede evitar con un examen ocular anual.²

El 59% de los adultos informan que experimentan síntomas de fatiga visual digital, como visión borrosa o dolores de cabeza.³

Lo que está cubierto

BENEFICIO	FRECUENCIA	BENEFICIOS EN LA RED	BENEFICIO FUERA DE LA RED
Servicios de exámenes WellVision exam®	1 por año calendario	\$10 para examen	Hasta \$45
Prueba de rutina de la retina		No más de \$39 de copago	N/C
Descuento en la corrección de la visión por láser	Una vez por ojo de por vida.	Promedio de 15% de descuento sobre el precio regular o 5% sobre el precio promocional. Descuentos disponibles sólo en instalaciones contratadas.	N/C
Lentes			
Monofocales	1 por año calendario	\$25 (lentes y marco)	Hasta \$30
Bifocales			Hasta \$50
Trifocales			Hasta \$60
Lenticulares			Hasta \$100
Lentes de contacto necesarios			Hasta \$210
Mejoras en lentes			
Estándar		Sin costo	N/C
Progresivos premium		\$95-\$105 copago	N/C
Progresivos personalizadas		\$150-\$175 copago	N/C
Otro		Ahorro promedio de 20-25%	N/C
Marcos	1 por año calendario	\$200 por la montura de su elección y 20% de descuento sobre la cantidad de su descuento \$110 descuento en Costco®	Hasta \$70
Incluye una amplia selección de monturas en Walmart®			
Descuento electivo en lentes de contacto	1 por año calendario	\$60 para en su examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación) \$150 para lentes de contacto	Hasta \$105
Los lentes de contacto están en lugar de lentes y marco.			
Descuento adicional en gafas y gafas de sol	20% de descuento para pares completos de gafas recetadas y no recetadas, incluyendo gafas de sol. Los descuentos se limitan a 12 meses después del examen.		N/C
Cobertura con proveedores minoristas	*La cobertura con proveedores minoristas puede ser diferente. Consulte con Costco para precios de miembros de VSP. El descuento de Costco es equivalente a la asignación de proveedores preferidos y otros proveedores minoristas.		

Este cuadro describe los servicios para el Plan 3.

Preguntas frecuentes

¿Cómo uso mi beneficio de visión?

Una vez inscrito, simplemente informe a su médico de VSP que usted es miembro y ellos se encargarán del resto. Si visita a un médico en la red por servicios y materiales, no necesita una tarjeta de identificación ni completar formularios.

¿Cómo localizo un médico en la red de VSP?

Tendrá acceso a la red nacional más grande⁴ de médicos de atención oftalmológica de práctica privada en la industria a través de Vision Service Plan (VSP). Hay dos maneras de encontrar un médico de la red:

1. Visite vsp.com y seleccione la red Choice.
2. Llame a VSP al 800-877-7195.

¿Qué sucede si visito un médico fuera de la red?

Se le solicitará que pague el monto completo al médico en el momento del servicio. Luego puede presentar una reclamación para el reembolso, que es un beneficio menor en comparación con la visita a un médico de VSP.

¿Cuándo entrará en vigencia mi cobertura?

Su cobertura comienza en la fecha de vigencia especificada en su póliza grupal, siempre que esté trabajando activamente en esa fecha. De lo contrario, su cobertura entrará en vigencia el día en que retome sus funciones a tiempo completo.

¿Puedo inscribirme como un solicitante fuera de plazo?

Si elige la cobertura más de 31 días después de la fecha de elegibilidad, su fecha de efectividad se demorará hasta la próxima fecha de aniversario del plan.

¿Mis dependientes son elegibles para la cobertura?

Sí. Su plan ofrece cobertura para su cónyuge⁵ e hijos dependientes. Un hijo elegible se define como un hijo hasta la edad 26.⁶

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi cobertura?

Después de la fecha de vigencia de su cobertura, puede visitar www.sunlife.com/account para crear una cuenta Sun Life. Una vez que haya iniciado sesión, podrá ver los detalles de su plan y más. O puede llamar al Servicio al cliente de VSP al 800-877-7195.

¿Puedo usar mis beneficios para comprar anteojos o lentes de contacto en línea?

Absolutamente. Simplemente visite www.eyeconic.com. Una vez que haya vinculado sus beneficios, podrá ver cómo se aplicará su cobertura a las diferentes opciones que está revisando. Eyeconic presenta una herramienta de prueba virtual para que pueda ver cómo se verán las gafas antes de realizar su compra.

1. <https://vsp.com/eye-symptoms.html> accedido el 03/13/19.

2. <https://www.vsp.com/diabetes.html> consultado el 03/13/19.

3. El Consejo de Visión <https://www.thevisioncouncil.org/content/digital-eye-strain> accedido el 02/21/19.

4. Netminder a diciembre de 2018.

5. Si lo permite el plan de beneficios del Empleador y no lo prohíbe la ley estatal, el término "cónyuge" en este beneficio incluye a cualquier persona que sea reconocida como cónyuge, pareja doméstica registrada o pareja en una unión civil, o que de otra manera haya acordado los mismos derechos que un cónyuge.

6. Consulte a su empleador para obtener información más específica.

Lea la sección *Información importante* para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Tarifas

Cobertura y costo **quincenal** del seguro de la vista.

Estas tarifas entran en vigor el 1.º de noviembre de 2024.

La cobertura del Seguro de la vista es contributiva. Usted es responsable de pagar el total o parte de los costos mediante una deducción de la nómina.

Cobertura	Costo por período de pago*
Empleado	\$1.68
Empleado + cónyuge	\$6.72
Empleado + hijo(s)	\$7.39
Empleado + familia	\$10.75

*Comuníquese con su empleador para confirmar la parte del costo que debe pagar usted.

Información importante

Las siguientes coberturas no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado “cobertura médica principal”). NO brindan seguro básico de hospital, médico básico o médico principal según lo definido por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York.

Para recibir el seguro, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador. La póliza determinará la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y puede demorarse si no está trabajando de manera activa en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia. Del mismo modo, la cobertura para dependientes, si se ofrece, puede retrasarse si sus dependientes están en el hospital (excepto los recién nacidos) en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Consulte el Certificado para más detalles.

Limitaciones y exclusiones

Las siguientes exclusiones y limitaciones pueden variar según las leyes y regulaciones estatales. Es posible que la lista no esté completa. Consulte el Certificado o solicite detalles a su administrador de beneficios.

Dental

No pagaremos un beneficio por ningún procedimiento dental que no esté incluido como gasto dental cubierto. Cualquier servicio dental incurrido antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de finalización no está cubierto, a menos que se especifique en el certificado. Un miembro debe ser un miembro dental cubierto bajo el Plan para recibir beneficios dentales. El Plan tiene limitaciones de frecuencia en ciertos servicios preventivos y de diagnóstico, restauraciones (empastes), servicios periodontales, servicios de endodoncia y reemplazo de dentaduras postizas, puentes y coronas. Todos los servicios deben ser necesarios y brindados de acuerdo con los estándares aceptables de tratamiento dental. El tratamiento realizado fuera de los Estados Unidos no está cubierto, excepto el tratamiento dental de emergencia, sujeto a un beneficio máximo. Procedimientos dentales para ortodoncia; ATM (articulación temporomandibular); reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigencia; implantes y servicios relacionados con implantes; o los protectores oclusales para el bruxismo no están cubiertos a menos que el estado elija o exija la cobertura.

Este plan no brinda cobertura para servicios pediátricos de salud bucal que cumplan los requisitos de “cobertura esencial mínima” según lo define The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

Visión

No pagaremos un beneficio por los materiales, servicios u opciones de visión que no se muestran en la sección Aspectos destacados del beneficio del certificado. Cualquier servicio de la vista incurrido antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de terminación no está cubierto. Un miembro debe ser un miembro con cobertura de visión bajo el Plan para recibir beneficios de la vista. En ningún caso los beneficios excederán el menor del costo real del examen o los materiales o los límites de cobertura que se muestran en la sección Aspectos destacados del beneficio del certificado. El plan está diseñado para cubrir materiales visualmente necesarios en lugar de materiales cosméticos; el miembro será responsable de cualquier costo adicional por encima del costo básico.

Este plan de atención de la vista no brinda servicios oftalmológicos pediátricos que cumplan con los requisitos de “cobertura médica principal” como define The Patient Protection and Affordable Care Act (“PPACA”).

Esta Descripción es preliminar a la emisión de la Póliza. Consulte su Certificado para conocer más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura de la Póliza. En caso de discrepancia entre esta Descripción, el Certificado y la Póliza, regirán los términos de la Póliza. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

Las compañías de Sun Life incluyen Sun Life and Health Insurance Company (U.S.) y Sun Life Assurance Company of Canada (colectivamente, “Sun Life”).

En New York, las pólizas de seguro de grupo son suscritas por Sun Life and Health Insurance Company (U.S.) (Lansing, MI) conforme a Policy Form Series 12-GP-01, 13-GP-LF-01, 13-LF-C-01, 13-GP-LH-01, 13-ADD-C-01, 15-GP-01, 15-ADD-C-01, 15-LF-GP-01, 16-DEN-C-01, 16-VIS-C-01, 12-DI-C-01, 13-LTD-C-01, 13-STD-C-01, 06P-NY-DBL, 16-DI-C-01, 12-AC-C-01, 16-AC-C-01, 12-GP-SD-01, 13-SD-C-01, y 15-SD-GP-01.

© 2021 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

GVBH-EE-8384

SLPC 29579

2428302 DEN VSN 11/04/2024 04:55:47

Formulario de inscripción grupal

- Sun Life Assurance Company of Canada
One Sun Life Executive Park
Wellesley Hills, MA 02481

Para uso del empleador (marque una opción): Nuevo empleado Cambio COBRA

1 Información general

Nombre del empleador T I C Akean Inc.	Número de cuenta/póliza 972399	Lugar
--	-----------------------------------	-------

2 Información del empleado

Nombre legal completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido paterno) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Ocupación	Clase de elegibilidad (si corresponde)	Número de seguro social	Teléfono
Fecha de contratación: <input type="checkbox"/> Tiempo completo Fecha:		<input type="checkbox"/> Reconstratación tras despido temporal Fecha:	
<input type="checkbox"/> Medio tiempo Fecha:		<input type="checkbox"/> Reconstratación	
Tipo de empleo activo actual _____ número de horas <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Ingresos \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro:	

3 Información del dependiente

Complete esta sección en su totalidad si elige cobertura para dependientes. Ningún empleado puede asegurarse como dependiente si también se encuentra asegurado como empleado para recibir algún beneficio de acuerdo con la misma póliza.

Si necesita más espacio, agregue más hojas.

Relación o parentesco	Nombre completo (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido)	Sexo	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	Estudiante Sí/No
Cónyuge/ Pareja					
Hijos					

4 Elección de beneficios

Debe completar todas las secciones del formulario de inscripción, incluyendo la elección o el rechazo de la cobertura de seguro indicado más adelante de una de las compañías aseguradoras y proveedores de servicios antes mencionados, y firmarlo. Esto debe hacerlo durante el período de inscripción o en un plazo de 31 días desde su fecha de elegibilidad. Los beneficios pagados en su totalidad por su empleador (denominados también “beneficios no contributivos”) no pueden rechazarse. Es posible que no todos los beneficios de la siguiente lista estén disponibles para usted. Su empleador le dirá qué beneficios están disponibles y cuál es el monto máximo garantizado de su póliza.

Elijo Rechazo Cobertura

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan dental: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado + Familia En los últimos 31 días, ¿tuvo usted cobertura dental de otro plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha de terminación: _____ ¿Cuál fue el motivo del cese de la cobertura? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado + Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/> Empleado + Familia

6 Firma e información de autorización

Entiendo que:

- Estoy solicitando la cobertura conforme a una póliza de seguro grupal que ofrece mi empleador. Esta cobertura terminará cuando termine mi empleo, de conformidad con la portabilidad o continuación de disposiciones disponibles en la póliza de seguro grupal.
- Mi empleador deducirá de mi salario las primas de la cobertura contributiva de manera total o parcial.
- En el caso de los seguros de se requerirá una comprobación de elegibilidad para montos por encima de mi monto garantizado de la póliza a fin de realizar esta inscripción.
- Para aumentar el monto de los beneficios actuales de los seguros de es posible que se necesite una comprobación de elegibilidad.
- Si rechazo la cobertura para mí o, si corresponde, para mi familia ahora y quiero tenerla más adelante, tendré o tendremos que presentar una solicitud de Comprobación de elegibilidad, si así se exigen en las coberturas seleccionadas, y deberá ser aprobada por Sun Life Assurance Company of Canada. Para obtener cobertura dental, y entiendo que no tendré derecho a beneficios hasta el vencimiento de cualquier período de espera para usar los beneficios por ingreso tardío especificado en el certificado del seguro.
- Para los planes de seguro dental, tengo el derecho a elegir mi proveedor de atención dental.
- El plan dental incluye una disposición de determinación previa con recomendaciones de los beneficios para los que soy elegible si se lleva a cabo el procedimiento.
- Las coberturas incluyen períodos de espera para usar los beneficios, limitaciones y exclusiones y una disposición por afecciones preexistentes que pueden afectar mi derecho a recibir beneficios.
- Si no estoy en un trabajo de forma activa debido a alguna lesión, enfermedad, despido o permiso en la fecha en que está programado el inicio o incremento de la cobertura conforme al plan, dicha cobertura no comenzará sino hasta la fecha en que regrese a trabajar.
- Cuando así lo requiera la cobertura, si mi cónyuge o alguno de mis hijos dependientes están hospitalizados debido a una lesión o enfermedad en la fecha en que está programado el inicio o incremento de la cobertura conforme al plan, dicha cobertura no comenzará sino hasta la fecha en que ya no estén hospitalizados y puedan realizar sus actividades normales.

Al firmar a continuación, certifico que la información que proporcioné es veraz y correcta a mi leal entender.

X

Firma del empleado

Fecha de hoy

Para el empleado: haga una copia de este formulario para sus archivos antes de enviarlo a su empleador.

Para el empleador: este formulario de inscripción original debe permanecer en el sitio del empleador. La situación de la familia, la cobertura o los cambios de beneficiarios se deben registrar en otra copia del Formulario de inscripción.

Información del agente, corredor o matriculador:

Nombre del agente
Nombre del agente/corredor
Nombre del matriculador

Contáctenos



Por correo postal

Sun Life
One Sun Life Executive Park
Wellesley Hills, MA 02481



www.sunlife.com/us



Servicio al cliente: **800-247-6875**

(lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este)

**HABLE HOY CON SU ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS
PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES.**

Sun Life

One Sun Life Executive Park Wellesley Hills, MA 02481 sunlife.com/us/

El grupo de compañías Sun Life opera bajo el nombre de "Sun Life" estrictamente como un nombre comercial, y no tiene significación legal expresa ni implícita. En Estados Unidos y en otros lugares, los miembros del grupo Sun Life, que son compañías aseguradoras, ofrecen productos de seguros. Sun Life Financial Inc[®], la sociedad controladora que cotiza en bolsa para el grupo de compañías Sun Life, no es una compañía aseguradora y no garantiza las obligaciones de estas compañías aseguradoras subsidiarias. Cada compañía aseguradora depende de su propia solidez financiera y de su propia capacidad de pago de los reclamos.

© 2019 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo terráqueo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.