

Cobertura	Pérdida	Beneficio
Seguro de vida	Fallecimiento	Su beneficiario recibirá \$10,000.
Beneficio acelerado por fallecimiento	Enfermedad mortífera con expectativa de vida de 24 meses o menos; Debe tener cobertura continua por un mínimo de seis meses para ser elegible.	50 por ciento de la cantidad de beneficio del seguro de vida hasta un máximo de \$250,000. Se reducirá la cantidad final del beneficio del seguro de vida por la cantidad del beneficio acelerado por fallecimiento que se pague (puede variar según el estado).
Muerte accidental o lesión corporal (AD&D)	Fallecimiento como resultado de un accidente.	Su beneficiario recibirá \$10,000.
	Como resultado de un accidente, la pérdida de ambas manos, ambos pies, la vista de ambos ojos, una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo; parálisis total (tetraplejía).	Usted recibirá \$10,000.
	Como resultado de un accidente, la pérdida de: una mano, un pie, la vista en un ojo; la pérdida del pulgar e índice de la misma mano; parálisis parcial (paraplejía y hemiplejía).	50 por ciento del beneficio del seguro de vida.
<b>AD&amp;D incluye los beneficios siguientes:</b>		
Beneficios de accidente de aseguradora común	Muerte o desmembramiento siendo un pasajero con boleto pagado.	200 por ciento del beneficio del seguro de vida.
Beneficio de cinturón de seguridad, bolsa de aire y casco	Muerte como resultado de un accidente automovilístico mientras se usa debidamente un cinturón de seguridad o se lleva debidamente ajustado y asegurado un casco de motocicleta en un accidente de motocicleta.	La cantidad del beneficio por muerte accidental aumenta un 10 por ciento, pero no es menos de \$1,000 o más de \$10,000. Además, aumentaremos su beneficio por muerte accidental un 5 por ciento, hasta un máximo de \$5,000, pero no menos de \$500, si tenía una bolsa de aire funcional.
Beneficio de educación	Fallecimiento como resultado de un accidente	Costo real hasta un máximo de \$5,000 o el 5 por ciento del beneficio por muerte.  Pagadero hasta cuatro años para los dependientes del empleado o hasta los 25 años de edad.  El dependiente debe ser estudiante de tiempo completo que haya terminado el 12avo. grado y estudie en una universidad o en una escuela vocacional en la fecha de la muerte del empleado o dentro de los 365 días posteriores al fallecimiento.

# Humana Basic Life

## AD&D incluye los beneficios siguientes (cont.):

Beneficio de cuidado de niños	Fallecimiento como resultado de un accidente	Costo real hasta un máximo de \$5,000 o el 5 por ciento del beneficio por muerte. Para un dependiente en un centro de cuidado registrado hasta cuatro años consecutivos tras la muerte del empleado, o hasta la edad de 13 años.
Beneficio por coma	Si el empleado entra en coma a causa de una lesión corporal; el coma empieza dentro de los 365 días posteriores al accidente; y la persona permanece en coma durante más de 31 días consecutivos.	Un pago de una sola vez de 5 por ciento del beneficio del empleado, hasta un máximo de \$5,000.
Beneficio para repatriar	Fallecimiento como resultado de un accidente.	Costo real hasta un máximo de \$5,000 si el empleado muere como resultado de un accidente al menos a 150 millas de distancia de su lugar de residencia principal, y hay que cubrir gastos de preparación y transporte del cuerpo del empleado hasta la morgue.
Beneficio de capacitación del cónyuge	Fallecimiento como resultado de un accidente.	Costo real hasta un máximo de \$5,000 o el 5 por ciento del beneficio por muerte por un año después del fallecimiento del empleado. El sobreviviente debe estar matriculado como estudiante en una universidad certificada en la fecha de la muerte del empleado o dentro de los 365 días posteriores al fallecimiento.
<b>Cobertura</b>	<b>Pérdida</b>	<b>Beneficio</b>
Seguro de dependiente	Muerte de su cónyuge Fallecimiento de hijo/a dependiente*	No se seleccionó cobertura de dependientes. No se seleccionó cobertura de dependientes.

\*Se aplican ciertas limitaciones.

## Programa de reducción por edad

Comenzando a los 65 años (o a la edad de 70 años si está en el nivel tres), la cobertura de vida del empleado se reducirá en base a la cantidad del beneficio vigente al cumplir sus 64 años (o 69 años de edad si está en el nivel tres del cronograma): El seguro de vida básico para cónyuge dependiente termina a los 65 años de edad.

Edad	Nivel dos
65	35 por ciento
70	50 por ciento

### Garantía de tarifas

Se garantiza que la tarifa no ha de cambiar por dos años a partir de la fecha de vigencia de la póliza.

### Elegibilidad para participar

Los empleados activos, de tiempo completo, son elegibles.

### Exención de la prima

### Privilegio de conversión

## ¿Cuánto seguro de vida necesita?

La verdadera pregunta es:

¿Cuánto necesitará su familia para gastos a corto y largo plazo?

Según el Concilio Americano de Aseguradoras de Vida (ACLI, por sus siglas en inglés), una norma sería una cantidad de cobertura de diez veces su salario anual. No obstante, no hay regla que se aplique a todos los casos, debido a que las situaciones y metas financieras varían de una persona a otra y de una familia a otra. Utilice nuestra sencilla calculadora de seguro de vida en línea en [HumanaLife.com](http://HumanaLife.com) para ayudarle a determinar sus necesidades de seguro de vida.



### Preguntas

Visite **HumanaLife.com**

Llame al 1-800-233-4013 a cualquier hora para información automatizada o de 8 a.m. a 6 p.m. para hablar con un representante.

Asegurado por Humana Insurance Company o Humana Insurance Company of Kentucky.

La presente no es una divulgación completa de los requisitos y las limitaciones del plan. Revise su Certificado del seguro para ver una lista completa de los beneficios. El Certificado de Seguro es el documento en el cual se basará la elegibilidad y el pago del beneficio. Su agente o corredor le informará cuáles son las limitaciones y exclusiones específicas según se exponen en la Guía de información técnica y regulatoria. Revise esta información antes de solicitar la cobertura.

**Humana**<sup>®</sup>

1-800-233-4013 | [HumanaLife.com](http://HumanaLife.com)



## La discriminación es contra la ley

**Humana, Inc. y sus subsidiarias** cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie, ni los tratan de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

### **Humana Inc. y sus subsidiarias** proporcionan:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc. y sus subsidiarias** han fallado en proveer estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances  
P.O. Box 14618  
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el **Departamento de Salud y Servicios Humanos**, Oficina de Derechos Civiles por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono al:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**  
Los formularios de quejas están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-320-1235 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-320-1235 (телетайп: 711).

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Français (French):** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-320-1235 (ATS : 711).

**Polski (Polish):** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711).

**Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-320-1235 (TTY: 711).

## العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-320-1235 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-320-1235 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

## فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-877-320-1235 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-877-320-1235 (TTY: 711).