

**Winn Management Company Inc**

Todos los empleados activos no corporativos contratados a partir del  
1 de enero de 2002

**STD voluntario (lo paga usted mediante una deducción de nómina)**

Cantidad de beneficio semanal	60 % de su sueldo semanal, limitado a \$750 a la semana
Período máximo de la cobertura	13 semanas

**Seguro voluntario por discapacidad de corto plazo****El plan de Lincoln de seguro por discapacidad de corto plazo:**

- Da un beneficio de dinero si no puede trabajar por un máximo de 13 semanas por una lesión, una enfermedad, una cirugía o porque se está recuperando de un parto
- Ofrece tarifas grupales para los empleados de Winn Management Company Inc
- Ofrece un proceso de reclamo rápido y sin complicaciones

**Período de espera**

- Es la cantidad de días que debe estar incapacitado para poder cobrar los beneficios por discapacidad.
- Los beneficios se pagan después de un período de 14 días naturales por lesión o enfermedad.

**Beneficios parciales por discapacidad**

- Los beneficios parciales por discapacidad se pueden pagar si sus ganancias son del 20 % al 80 % de las ganancias que tenía antes de la discapacidad.

**Beneficios consecutivos por discapacidad**

- Si queda discapacitado por la misma condición en un plazo de 30 días después de su discapacidad anterior, sus beneficios continuarán bajo el mismo reclamo.

**Período máximo de cobertura**

- Es la cantidad de semanas que puede cobrar los beneficios por discapacidad (también conocido como la "duración del beneficio").

## Exclusiones y reducciones en los beneficios

Como cualquier seguro, esta póliza de seguro por discapacidad de corto plazo tiene algunas exclusiones. No recibirá beneficios si:

- su discapacidad es consecuencia de una lesión que usted mismo se provoque o de un acto de guerra;
- su discapacidad es resultado de una cirugía estética, a menos que esté relacionada con una condición incapacitante;
- su discapacidad se produce mientras está cometiendo un delito grave o menor, o participando en una revuelta.

Es posible que sus beneficios se reduzcan si es elegible para recibir beneficios:

- del pago por enfermedad de su empleador;
- de un plan estatal por discapacidad o de una ley similar de beneficios obligatorios;
- de un plan de jubilación;
- del Seguro Social;
- de cualquier tipo de empleo;
- por medio de la compensación de trabajadores.

En la póliza, se incluye una lista completa de las exclusiones y las reducciones de los beneficios. Es posible que haya restricciones estatales para este plan.

Esto no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro que se ofrece. Las disposiciones que rigen se mencionan en la póliza, y este resumen no modifica dichas disposiciones ni el seguro de ninguna manera. Esto no es un contrato vinculante. Se pondrá a su disposición un certificado de cobertura que describe los beneficios más detalladamente. Consulte su certificado para conocer las cantidades máximas de los beneficios. Si hay alguna diferencia entre este resumen y la póliza, la póliza prevalecerá.

The Lincoln National Life Insurance Company, Fort Wayne, IN, emite los productos y servicios de seguro colectivo que se describen aquí. The Lincoln National Life Insurance Company no capta clientes en Nueva York ni está autorizada para hacerlo. Lincoln Financial Group es el nombre comercial de Lincoln National Corporation y sus filiales. Las filiales son responsables por separado de sus propias obligaciones contractuales y financieras.



## Prima del seguro voluntario por discapacidad de corto plazo

### Calcule su prima

Use la tabla de tarifas de prima del seguro voluntario por discapacidad de corto plazo para empleados que está abajo para calcular su costo y beneficio. El siguiente ejemplo calcula el costo mensual para un empleado con ingresos anuales de \$35,400.

Nota: Las ganancias semanales máximas cubiertas son iguales al beneficio semanal máximo dividido entre el porcentaje de beneficio.

Ejemplo de cálculo		Ejemplo	Usted
Paso 1	Escriba la tarifa mensual por cada \$10 de beneficio semanal.	\$0.400	
Paso 2	Escriba sus ganancias semanales. <i>Divida sus ganancias anuales entre 52.</i>	\$681	
Paso 3	Si sus ganancias semanales son superiores a las ganancias semanales máximas cubiertas de \$1,250, escriba \$1,250. De lo contrario, escriba la cantidad del paso 2.	\$681	
Paso 4	Calcule su beneficio semanal. <i>Multiplique el paso 3 por 0.60.</i>	\$409	
Paso 5	Escriba su beneficio semanal en incrementos de \$10. <i>Para calcularlo, divida la cantidad del paso 4 entre 10.</i>	\$40.9	
Paso 6	Calcule su costo mensual. <i>Multiplique el paso 1 por el paso 5.</i>	\$16.36	

Tarifa de la prima  
\$0.400

Esta tabla le permite hacer una aproximación de sus aportaciones mensuales para la cobertura del seguro voluntario por discapacidad de corto plazo. El costo del seguro puede cambiar en el futuro debido a la edad o a la cantidad de cobertura elegida.

Lincoln Financial Group

Consulte la página anterior para obtener información sobre el producto.

Cálculo de la prima del seguro voluntario por discapacidad de corto plazo