El presente certificado es una traducción de un formulario en idioma inglés. En caso de discrepancia entre esta versión traducida y el formulario en inglés, se dará prioridad a la versión que resulte más beneficiosa para el Titular de la Póliza.

SU PLAN DE BENEFICIOS

Administración del Sistema de Retiro de los Empleados Públicos y de la Judicatura del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Oficiales de Policía

Seguro Básico de Ingresos por Incapacidad: Plan de Beneficios a Largo Plazo

Fecha del Certificado: 1 de julio de 2013

Administración del Sistema de Retiro de los Empleados Públicos y de la Judicatura del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico,
437 Ave. Ponce de León, Piso 15,
San Juan, PR 00917-3711

A NUESTROS EMPLEADOS:

Todos apreciamos la protección y seguridad que proporciona un seguro.

El presente certificado describe los beneficios que Usted tiene a su disposición. Le rogamos que lo lea cuidadosamente.

Administración del Sistema de Retiro de los Empleados Públicos y de la Judicatura del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

MetLife®

Metropolitan Life Insurance Company
200 Park Avenue, New York, NY 10166

CERTIFICADO DE SEGURO

Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife"), una sociedad por acciones, certifica que Usted se encuentra asegurado para los beneficios descritos en el presente certificado, sujeto a las disposiciones del mismo. Se le expide el presente certificado bajo la Póliza Colectiva y este incluye los términos y las disposiciones de la póliza colectiva que describe Su seguro. **LEA EL PRESENTE CERTIFICADO CUIDADOSAMENTE.**

El presente certificado forma parte de la Póliza Colectiva. La Póliza Colectiva es un contrato entre MetLife y el Titular de la Póliza, y se puede modificar o dar por terminado sin su consentimiento o notificación.

Titular de la Póliza:	Administración del Sistema de Retiro de los Empleados Públicos y de la Judicatura del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Número de Póliza Colectiva:	151606-1-G
Tipo de seguro:	Beneficios a Largo Plazo
Número(s) gratuito(s) de MetLife: Para información sobre reclamaciones:	1- 855-792-6179

EL PRESENTE CERTIFICADO SOLO DESCRIBE EL SEGURO POR INCAPACIDAD.

LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA QUE LE PROPORCIONA LA CUBIERTA SON REGULADOS PRINCIPALMENTE POR LEYES QUE NO PERTENECEN AL ESTADO DE FLORIDA.

LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVA QUE PROPORCIONA ESTA COBERTURA BAJO EL PRESENTE CERTIFICADO FUE EXPEDIDA EN UNA JURISDICCIÓN FUERA DE MARYLAND Y PUEDE NO BRINDAR TODOS LOS BENEFICIOS QUE SE REQUIEREN POR LEY EN MARYLAND.

Para residentes de Dakota del Norte: Si no se encuentra satisfecho con su certificado, puede devolverlo antes de que se cumplan los 20 días de haberlo recibido, a menos que hayamos recibido una reclamación anterior por él. Le reembolsaremos cualquier prima que haya sido abonada dentro de los 30 días de recibido el certificado devuelto, y se considerará como si el certificado nunca hubiese sido expedido. Debe tener presente que, si elige devolver el certificado a cambio del reembolso de las primas, no se cubrirán las pérdidas que hubieran estado cubiertas en virtud de su certificado.

LA LEY DEL ESTADO SOLICITA QUE SE INCLUYAN LAS NOTIFICACIONES QUE APARECEN EN ESTA PÁGINA Y EN LA SECCIÓN DE LAS NOTIFICACIONES QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN DE ESTA PÁGINA. LEA LAS NOTIFICACIONES CUIDADOSAMENTE.

Para residentes de Texas:

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o enviar una queja:

Para obtener información o enviar una queja, puede llamar al número telefónico gratuito de MetLife al

1-855-792-6179

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, cubiertas, derechos o quejas al

1-800-252-3439

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
N.º de fax (512) 475-1771

Web: http://www.tdi.state.tx.us

Correo electrónico:

ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

DISPUTAS POR LAS PRIMAS O RECLAMACIÓNS:
En caso de que exista una disputa con respecto a su prima o algún reclamación, deberá comunicarse primero con MetLife. Si la disputa no se resuelve, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU CERTIFICADO:
Este aviso es solo para propósitos de información y no se convierte en parte o condición del documento adjunto.

Para residentes de Texas:

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para enviar una queja:

Se puede llamar al número de teléfono gratis de MetLife para obtener información o para enviar una queja al

1-855-792-6179

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, cubiertas, derechos o quejas al

1-800-252-3439

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
N.º de fax (512) 475-1771

Web: http://www.tdi.state.tx.us

Correo electrónico:

Email: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

DISPUTAS SOBRE PRIMAS O RECLAMACIÓNS:
Si tiene una disputa relacionada con su prima o a un reclamación, debe comunicarse con MetLife primero. Si no se resuelve la disputa, puede entonces comunicarse con el departamento (TDI).

UNA ESTE AVISO A SU CERTIFICADO:
Este aviso es solo para propósitos de información y no se convierte en parte o condición del documento adjunto.

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE TODOS LOS ESTADOS

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
El presente certificado no reemplaza ni afecta ningún requisito para la cubierta del seguro de compensación de trabajadores.

LEYES OBLIGATORIAS DE BENEFICIOS DE INGRESOS PARA INCAPACITADOS
Para residentes de California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Puerto Rico
El presente certificado no afecta ningún requisito de ninguna ley de beneficios de ingresos por Incapacidad temporera dispuesta por el gobierno.

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE ARKANSAS

Si tiene alguna pregunta o queja sobre su cubierta, comuníquese primero con el administrador del Asegurado o de la cuenta colectiva. Si, luego de hacerlo, aún le preocupa algún aspecto, puede llamar al número telefónico gratis que aparece en la Carátula del Certificado.

Si, luego de comunicarse con el asegurado y MetLife, aún le preocupa algún aspecto, puede comunicarse con:

División de Servicios del
Consumidor del
Departamento
de Seguros de Arkansas
1200 West Third Street
Little Rock, Arkansas 72201
(501) 371-2640 o (800) 852-5494

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA

AVISO IMPORTANTE

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL O ENVIAR UNA QUEJA, COMUNÍQUESE CON EL ASEGURADO O LA OFICINA DE RECLAMACIÓNS DE METLIFE QUE SE MUESTRA EN LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS QUE RECIBE UNA VEZ ELEVADO EL RECLAMACIÓN.

SI, LUEGO DE COMUNICARSE CON EL ASEGURADO O METLIFE SIENTE QUE NO LOGRÓ UNA SOLUCIÓN SATISFACTORIA, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA A:

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
300 SOUTH SPRING STREET
LOS ANGELES, CA 90013
1 (800) 927-4357

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE CONNECTICUT

REHABILITACIÓN OBLIGATORIA

El presente certificado contiene una disposición de rehabilitación obligatoria, que requiere que Usted participe del entrenamiento vocacional o la terapia física, cuando sea apropiado.

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE GEORGIA

AVISO IMPORTANTE

Las leyes del Estado de Georgia prohíben que los aseguradores discriminen injustamente a cualquier persona por ser víctima de violencia familiar.

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE IDAHO

Si tiene alguna pregunta o queja sobre Su cubierta, primero comuníquese con el Asegurado. Si, luego de hacerlo, aún le preocupa algún aspecto, puede llamar al número telefónico gratis que aparece en la Carátula del Certificado.

Si, luego de comunicarse con el asegurado y MetLife, aún le preocupa algún aspecto, puede comunicarse con:

Departamento de Seguros de Idaho
Asuntos de Consumidores
700 West State Street, 3rd Floor
PO Box 83720
Boise, Idaho 83720-0043
1-800-721-3272 o www.DOI.Idaho.gov

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE ILLINOIS

IMPORTANTE

Para elevar una queja a MetLife, debe escribir a:

MetLife
200 Park Avenue
New York, NY 10166

La dirección del Departamento de Seguros de Illinois es:

Departamento de Seguros
División de Servicios Públicos
Springfield, Illinois 62767

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE INDIANA

Las preguntas referidas a su póliza o cubierta deben dirigirse a:

Compañía de Seguros Metropolitan Life

Si Usted (a) necesita la asistencia de la agencia gubernamental reguladora de seguros; o (b) tiene una queja que no pudo resolver con su asegurador, puede comunicarse con el Departamento de Seguros por correo, teléfono o correo electrónico:

Departamento de Seguros del Estado de Indiana
División de Servicios al Consumidor
311 West Washington Street, Suite 300
Indianapolis, Indiana 46204

Línea del Consumidor: (800) 622-4461; (317) 232-2395 Se pueden

presentar las quejas electrónicamente en www.in.gov/idoi

NOTIFICACIÓN PARA RESIDENTES DE MASSACHUSETTS

CONTINUACIÓN DEL SEGURO DE INGRESO POR INCAPACIDAD

1. Si su seguro de ingreso por Incapacidad termina debido al Cierre de la Planta o al Cierre Parcial Cubierto, el seguro continuará durante 90 días después de la fecha de finalización.

2. Si su seguro de ingreso por Incapacidad termina porque:

   - Deja de reunir las condiciones para tenerlo, o
   - Es cesanteado en su empleo;

por cualquier motivo que no sea el Cierre de la Planta o el Cierre Parcial Cubierto, el seguro continuará durante 31 días después de la fecha de finalización.

Su seguro de ingreso por Incapacidad se dará por terminado en las condiciones establecidas en la subsección CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA antes de que culminen los períodos de continuación mencionados anteriormente, si se encuentra cubierto por beneficios similares bajo otro plan.

"Cierre de planta" y **"Cierre Parcial Cubierto"** están descritos en las Leyes Comentadas de Massachusetts, Capítulo 151A, Sección 71A.

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE

Lea su certificado cuidadosamente.

El presente certificado cuenta con una limitación en cuanto a afecciones preexistentes.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA CANCELACIÓN

Lea la disposición titulada

FECHA EN QUE SE DA POR TERMINADO SU SEGURO

En las páginas e/ee

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE

SEGÚN LA SECCIÓN 58-50-40 DE LA LEY GENERAL DE CAROLINA DEL NORTE, NINGUNA PERSONA, EMPLEADO, DIRECTOR, AGENTE, FIDEICOMISARIO O ADMINISTRADOR TERCERO QUE SEA RESPONSABLE POR EL PAGO DE SEGURO MÉDICO O DE VIDA COLECTIVO, O DE LAS PRIMAS DEL PLAN DE SALUD COLECTIVO, DEBERÁ:

(1) CANCELAR O NO RENOVAR EL SEGURO MÉDICO O DE VIDA COLECTIVO, DEL PLAN CORPORATIVO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS, MÉDICOS O DENTALES, DE LOS ACUERDOS DE BIENESTAR DE EMPLEADORES MÚLTIPLES, O DE CUBIERTAS DE PLANES DE SALUD COLECTIVOS Y LA CONSECUENTE PÉRDIDA DE LAS CUBIERTAS DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, POR DEJAR DE ABONAR VOLUNTARIAMENTE AQUELLAS PRIMAS SEGÚN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO DEL SEGURO O DEL PLAN, Y

(2) NO NOTIFICAR VOLUNTARIAMENTE POR ESCRITO A CADA PERSONA ASEGURADA POR LA PÓLIZA COLECTIVA DE LA INTENCIÓN DE DEJAR DE ABONAR LAS PRIMAS, POR LO MENOS 45 DÍAS ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LAS CUBIERTAS. ESTA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO TAMBIÉN DEBE INCLUIR UNA NOTIFICACIÓN PARA TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS POR LA PÓLIZA COLECTIVA QUE INDIQUE QUE TIENEN DERECHO A OPTAR POR LA PÓLIZA DE CONVERSIÓN DE SEGURO MÉDICO BAJO EL ARTÍCULO 53 DEL CAPÍTULO 58 DE LOS ESTATUTOS GENERALES Y A ADQUIRIR PÓLIZAS INDIVIDUALES BAJO LA LEY FEDERAL DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS Y BAJO EL ARTÍCULO 68 DEL CAPÍTULO 58 DE LOS ESTATUTOS GENERALES.

LA VIOLACIÓN DE ESTA LEY CONSTITUYE UN DELITO. CUALQUIER PERSONA QUE VIOLE ESTA LEY TAMBIÉN ESTARÁ SUJETA A UNA ORDEN JUDICIAL QUE REQUIERA UNA COMPENSACIÓN POR PARTE DEL RESPONSABLE A AQUELLAS PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO GASTOS O PÉRDIDAS COMO RESULTADO DE LA TERMINACIÓN DEL SEGURO.

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE UTAH

Notificación de Protección Provista por la Asociación de Garantía de Seguro de Vida y Médico de Utah

Esta notificación proporciona un breve resumen sobre la Asociación de Garantía de Seguro de Vida y Médico de Utah ("la Asociación") y la protección que les provee a los asegurados. Esta red de seguridad fue creada bajo la ley de Utah, que determina quién y qué se cubre, así como las cantidades de la cubierta.

La Asociación se estableció para proporcionar protección en el caso en que su seguro de vida, médico o anual se vuelva financieramente incapaz de cumplir con sus obligaciones y sea absorbido por el ente regulador de seguros. Si esto sucediera, la Asociación se encargaría de continuar con la cubierta y pagar los reclamos, de acuerdo con la ley de Utah, con fondos de valoraciones abonadas por otras compañías de seguros.

Las protecciones básicas que la Asociación brinda son:

- Seguro de vida
  o $500,000 en beneficios por muerte;
  o $200,000 en valores de rescate de efectivo o anticipo
- Seguro médico
  o $500,000 en beneficios hospitalarios, médicos y quirúrgicos;
  o $500,000 en beneficios por seguro de atención a largo plazo;
  o $500,000 en beneficios por seguro de ingreso para incapacitados;
  o $500,000 en otras clases de beneficios por seguros médicos.
- Anualidades
  o $250,000 en valores de rescate de efectivo y anticipo

La cantidad máxima de protección para cada individuo, sin importar el número de pólizas o contratos, es de $500,000. Es posible que se apliquen regulaciones especiales con respecto a los beneficios por seguros hospitalarios, médicos y quirúrgicos.

Nota: Ciertos contratos y pólizas no serán cubiertos o no estarán completamente cubiertos. Por ejemplo, la cubierta no se extiende a ninguna parte de una póliza o un contrato que el asegurador no garantice, como en el caso de ciertas adiciones de inversión al valor de la cuenta de una póliza de seguro de vida variable o de un contrato de anualidad variable. La cubierta se encuentra condicionada a la residencia en este estado y existen importantes limitaciones y exclusiones. Para una descripción completa de la cubierta, consulte el Código de Utah, Título 3 IA, Capítulo 28.

Según lo establecido por la ley de Utah, las compañías y los agentes de seguros no podrán utilizar a la Asociación o su cubierta para estimular la adquisición del seguro. Cuando seleccione una compañía de seguros, Usted no debería depender de la cubierta de la Asociación. Si existiera alguna incongruencia entre la ley de Utah y esta notificación, la ley de Utah prevalecerá.

Para conocer más sobre las protecciones mencionadas, así como aquellas relacionadas con los contratos colectivos o planes de retiro, visite el sitio web de la Asociación en www.utlifega.org o comuníquese con:

Asociación de Garantía de Seguro de Vida y Médico de Utah.
60 East South Temple, Suite 500
Salt Lake City, UT 84111
(801) 320-9955

Departamento de Seguros de Utah
3110 State Office Building
Salt Lake City UT, 84114-6901
(801) 538-3800

Usted podrá presentar una queja por escrito por el uso incorrecto de esta notificación o de la existencia de la Asociación al Departamento de Seguros de Utah en la dirección previamente mencionada.

Salt Lake City, UT 84111
(801) 320-9955

Salt Lake City UT, 84114-6901
(801) 538-3800

Usted podrá presentar una queja por escrito por el uso incorrecto de esta notificación o de la existencia de la Asociación al Departamento de Seguros de Utah en la dirección previamente mencionada.

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE VIRGINIA

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU SEGURO

En el caso de que necesite comunicarse con alguien por cualquier motivo relacionado a su seguro, póngase en contacto con Su agente. Si no adquirió su seguro a través de un agente o si tiene más preguntas, puede comunicarse con la compañía emisora en la siguiente dirección y número telefónico:

MetLife
200 Park Avenue
New York, New York 10166
Attn: Departamento de Relaciones del Consumidor Corporativo

Para hacer preguntas relativas a reclamaciones, llame al Servicio de Reclamaciones de Clientes al:
1-800-275-4638

Si no pudo comunicarse o no tuvo una respuesta satisfactoria de la compañía o el agente, póngase en contacto con la Oficina de Seguros de la Comisión Estatal de Personas Jurídicas de Virginia en:

La Oficina del Defensor del Pueblo para cuidado dirigido
Administrada Oficina de Seguros
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
1-877-310-6560 - gratis
1-804-371-9691 - local
www.scc.virginia.gov – sitio web
ombudsman@scc.virginia.gov – correo electrónico

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE EL ESTADO DE WASHINGTON

Las siguientes disposiciones se aplican a Su certificado en cumplimiento con lo establecido por la ley de Washington:

Siempre que se mencione el término **"Cónyuge"** en el certificado, se deberá incluir a la persona en concubinato o Concubino, salvo que se especifique lo contrario.

"Concubino" es cada individuo de una pareja, de los cuales uno es Empleado del Asegurado y ha registrado a la persona con la que vive a través de una unión civil o una unión de hecho en una agencia gubernamental donde ese tipo de registro sea posible.

Siempre que se mencione el término "hijastro" en el certificado, se deberá incluir al hijo de Su Concubino.

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE VIRGINIA

OCCIDENTAL PERÍODO DE INSPECCIÓN:

Si no se encuentra satisfecho con su certificado, puede devolverlo dentro del plazo de 10 días de haberlo recibido, a menos que hayamos recibido una reclamación anterior por él. Le reembolsaremos cualquier prima que haya sido abonada dentro de los 10 días de recibido el certificado devuelto, y se considerará como si el certificado nunca hubiese sido expedido. Debe tener presente que, si elige devolver el certificado a cambio del reembolso de las primas, no se cubrirán las pérdidas que hubieran estado cubiertas en virtud de su certificado.

NOTIFICACIÓN PARA LOS RESIDENTES DE WISCONSIN

GUARDE ESTA NOTIFICACIÓN CON LOS PAPELES DE SU SEGURO

¿TIENE PROBLEMAS CON SU SEGURO? Si tiene algún problema con su compañía o agente de seguro, no dude en comunicarse con ellos para resolver su problema.

MetLife
Atención: Departamento de Relaciones del Consumidor Corporativo
200 Park Avenue
New York, NY 10166-0188
1-800-638-5433

También puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, una agencia estatal que asegura el cumplimiento de la ley de seguros de Wisconsin, y elevar una queja. Puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** a:

Oficina del Comisionado de Seguros
Departamento de Quejas
P.O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873
1-800-236-8517 fuera de Madison o 608-266-0103 en Madison.

ÍNDICE

Sección **Página**

CARÁTULA DEL CERTIFICADO 1

NOTIFICACIONES 2

PROGRAMA DE BENEFICIOS 21

DEFINICIONES 22

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED 26

- Clases Elegibles 26
- Fecha en que Reúne las Condiciones para el Seguro 26
- Proceso de Inscripción 26
- Fecha en que Entra en Vigencia Su Seguro 26
- Fecha en que se da por Terminado Su Seguro 27

CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA 28

- Licencia por Razones Médicas y Familiares 28
- Opción del Empleador 28

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS A LARGO PLAZO 29

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD 32

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: INGRESOS QUE NO REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD 34

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: FECHA EN QUE TERMINA EL PAGO DE BENEFICIOS35

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: CONDICIONES PREEXISTENTES 36

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS LIMITADOS POR INCAPACIDAD 37

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: EXCLUSIONES 39

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR EL SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS A LARGO PLAZO 40

DISPOSICIONES GENERALES 42

- Transferencia 42
- Pago de beneficios de ingresos por Incapacidad: A quién le pagaremos 42
- Integridad del contrato 42
- Incontestabilidad: Sus declaraciones 42
- Declaración errónea de la edad 42

ÍNDICE (continuación)

Sección **Página**

Conformidad con la ley 43

Exámenes físicos 43

Autopsia 43

Sobrepagos del seguro de ingresos por Incapacidad: 43

Derecho de Retención y Reembolso 44

PROGRAMA DE BENEFICIOS

El presente programa muestra los beneficios disponibles bajo la Póliza Colectiva. Será asegurado solo por los beneficios:

- para los cuales Usted reúne y continúe reuniendo los requisitos de elegibilidad;
- que Usted elija, si puede elegir; y
- que están vigentes.

BENEFICIO **CANTIDAD DEL BENEFICIO Y PUNTOS PRINCIPALES**

Seguro de Ingresos por Incapacidad para Usted: Beneficios a Largo Plazo

Beneficio Mensual..... 40% de los primeros $5,000 de Sus Ingresos Previos a la Incapacidad, sujeto a lo establecido en la sección de INGRESOS QUE REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Beneficio Mensual máximo $2,000

Beneficio Mensual mínimo..... $100, sujeto a lo dispuesto en las subsecciones de Sobre Pagos e Incentivo de rehabilitación de este certificado.

Período de Eliminación ..... El mayor de los siguientes: la cantidad de días de licencia por enfermedad con sueldo pagado por el Empleador para la cual Usted es elegible; y 90 días.

Período máximo de beneficio*

el menor de los siguientes:

- 5 años,

  o

- el período que se muestra a continuación:

Edad a la fecha de Su Incapacidad	**Período del beneficio**
Menos de 60	Hasta 65 años
60	60 meses
61	48 meses
62	42 meses
63	36 meses
64	30 meses
65	24 meses
66	21 meses
67	18 meses
68	15 meses
69 años y más	12 meses

*El período máximo de beneficios está sujeto a lo dispuesto en las secciones de BENEFICIOS LIMITADOS POR INCAPACIDAD y FECHA EN QUE TERMINA EL PAGO DE BENEFICIOS.

Incentivos de rehabilitación..... Sí

DEFINICIONES

A continuación se definen los términos utilizados en este certificado. Cuando se utilizan términos definidos en este certificado, aparecerán con la letra inicial en mayúscula.. El uso plural de un término definido en singular tendrá el mismo significado.

"Activo en el Trabajo" o **"Trabajo Activo"** significa que Usted está realizando todas las tareas usuales y habituales de su trabajo en el modo de tiempo completo. Esto debe realizarse en:

- el domicilio comercial del empleador;
- otro lugar aprobado por el empleador ; o
- un lugar al que Usted tenga que ir por razones de trabajo del empleador.

Usted se considerará como Activo en el trabajo durante los fines de semana o las vacaciones aprobadas por el empleador, feriados o cierres del negocio si estuviera Activo en el trabajo en el último día programado de trabajo antes de ese tiempo libre.

"Atención y tratamiento apropiado" significa la atención y el tratamiento médico que:

- es brindado por un médico cuya preparación médica y especialidad clínica es apropiada para tratar Su Incapacidad;
- es consistente en tipo, frecuencia y duración con lo dispuesto en las guías pertinentes de investigación médica nacional, por las organizaciones de cubierta médica y las agencias gubernamentales;
- es adecuados para el diagnóstico de Su Incapacidad brindado por un médico; y
- pretenden maximizar Su mejoría médica y funcional.

"Beneficiario" es la persona a quien le pagaremos el seguro como se determinó en la sección de DISPOSICIONES GENERALES.

"Índice de Precios del Consumidor" es el Índice de precios al consumidor para asalariados urbanos y trabajadores administrativos (CPI-W, por sus siglas en inglés), publicado por el Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos. Si el CPI-W es descontinuado o se reemplaza, nos reservamos el derecho de sustituirlo por cualquier otro índice comparable.

"Seguro Contributorio" es el seguro para el cual el Titular de la Póliza le pide a Usted que pague cualquier parte de la prima.

El Seguro Contributorio incluye: Seguro de Ingresos por Incapacidad: Beneficios a Largo Plazo.

"Incapacitado" o **"Incapacidad"** significa que debido a una enfermedad o como resultado directo de una lesión accidental Usted:

- está recibiendo la Atención y Tratamiento Apropiado y cumpliendo con los requisitos de dicho tratamiento; y
- Usted no es capaz de ganar más del 80% de sus ingresos anteriores a la incapacidad, trabajando para cualquier empleador en Su Economía Local, realizando cualquier trabajo remunerativo para el cual Usted esté razonablemente calificado teniendo en cuenta Su adiestramiento, educación y experiencia.

Con el propósito de determinar si una Incapacidad es el resultado directo de una lesión accidental, ésta debe haber ocurrido dentro de los 90 días siguientes de haber ocurrido la lesión accidental y debe haber resultado de tal lesión independientemente de otras causas.

Si Usted está Incapacitado y ha recibido un Beneficio Mensual por 12 meses, ajustaremos sus Ingresos Previos a la Incapacidad solo para determinar si usted continúa Incapacitado y para calcular el Incentivo de regreso al trabajo, si lo hubiere. Haremos los ajustes iniciales de la siguiente manera:

DEFINICIONES (continuación)

Sumaremos a sus Ingresos Previos a la Incapacidad una cantidad igual al producto de:

- Sus Ingresos Previos a la Incapacidad por el menor de los siguientes valores:
  - 7%; o
  - la tasa anual de incremento del Índice de precios al consumidor para el año calendario anterior.

Por lo tanto, cada año sumaremos una cantidad a sus Ingresos Previos a la Incapacidad ajustados, que se calcula mediante el método explicado anteriormente pero sustituyendo el valor de sus Ingresos Previos a la Incapacidad ajustados del año anterior. **Este ajuste no es un beneficio basado en la variación del costo de vida.**

Si Su empleo requiere tener una licencia para realizarlo, el hecho de que la pierda por alguna razón no constituirá, en sí mismo, una Incapacidad.

"Período de Eliminación" es el período de Su Incapacidad durante el cual no le pagamos beneficios. El Período de Eliminación comienza el día en que Usted se incapacita y continúa por el período descrito en el PROGRAMA DE BENEFICIOS.

"**Empleador"** significa todas las unidades de empleo que constituyen el Gobierno de Puerto Rico y quienes Nos han sido identificadas por el Titular de la Póliza como Empleadores a fines de incluirlas en la Póliza colectiva de MetLife para el Seguro de Ingresos por Incapacidad, para sus empleados elegibles.

"Tiempo Completo" es el Trabajo Activo de al menos 30 horas por semana en el programa de trabajo regular del empleador para la clase elegible de empleados a la cual pertenece.

"Economía Local" se refiere al área geográfica:

- dentro de la cual Usted reside; y
- que ofrece oportunidades adecuadas de empleo dentro de una distancia de viaje razonable.

Si se muda en la fecha o luego de haberse Incapacitado, podríamos considerar tanto Su lugar de residencia actual como el anterior como Su Economía Local.

"Médico" es:

- una persona que tiene una licencia para ejercer medicina en la jurisdicción donde se prestan dichos servicios; o
- cualquier otra persona cuyos servicios, de acuerdo con la ley aplicable, deben ser tratados como los servicios de un médico a los fines de la Póliza Colectiva. Cada una de estas personas debe tener una licencia en la jurisdicción donde se presta el servicio y debe actuar dentro del alcance de esa licencia. También debe estar certificada o registrada si esa jurisdicción lo requiere.

El término no incluye:

- Usted;
- Su Cónyuge; o
- cualquier otro miembro de Su familia directa o la de Su Cónyuge:
  - padres;
  - hijos (naturales, adoptados o políticos);
  - hermanos;
  - abuelos; o

- nietos.

"Plan de Retiro del Titular de la Póliza" se refiere a un plan que:

- provee beneficios de retiro a los empleados; y
- es patrocinado en su totalidad o en parte por las contribuciones del Empleador.

El término no incluye:

- planes de ganancias conjuntas;
- planes de ahorro y economía;
- planes de compensación diferida no calificados;
- planes bajo la Sección IRC 401(k) o 457;
- cuentas de retiro individuales (IRA);
- anualidades con refugio fiscal (ARF) bajo la Sección IRC 403(b);
- planes de propiedad de acciones; o
- planes Keogh (HR-10).

"Ingresos Previos a la Incapacidad" es el salario o jornal bruto que su empleador le estuvo pagando hasta el último día de Trabajo Activo antes de que comenzara Su Incapacidad. Calculamos esta cantidad de manera mensual.

El término incluye:

- comisiones que Usted haya percibido durante el período de 12 meses antes de que se incapacitara, o durante el período de empleo, si es menor; y
- aportes que estuvo haciendo a través de un acuerdo de reducción del salario con su empleador a cualquiera de los siguientes:
  - un acuerdo de compensación diferida bajo el Código de Rentas Internas (IRC, por sus siglas en inglés) Sección 401(k), 403(b) o 457;
  - un acuerdo de compensación diferida no calificado ejecutivo; y
  - los beneficios marginales bajo un plan IRC Sección 125.

El término no incluye:

- premios y bonos;
- pago de horas extras;
- el otorgamiento, concesión, venta, conversión y/o ejercicio de acciones u opciones de acciones;
- los aportes realizado por su empleador en Su nombre a cualquier acuerdo de compensación diferida o plan de pensión; o
- cualquier otra compensación recibida del empleador.

"Prueba" es una evidencia escrita satisfactoria dirigida a Nosotros de que una persona cumple con las condiciones y los requisitos para cualquier beneficio descrito en este certificado. Cuando se realiza una reclamación por cualquier beneficio descrito en este certificado, la Prueba debe establecer:

- la naturaleza y el alcance de la pérdida o condición;
- Nuestra obligación de pagar la reclamación; y

- el derecho del reclamante de recibir el pago.

La Prueba debe proveerse a expensas del reclamante.

"Programa de rehabilitación" es un programa que ha sido aprobado por Nosotros con el fin de ayudarlo a regresar a Su trabajo. Puede incluir, pero no se limita a, Su participación en una o más de las siguientes actividades:

- regreso al trabajo de manera modificada con el fin de retomar el empleo para el cual Usted está razonablemente calificado por Su adiestramiento, educación, experiencia e ingresos pasados;
- análisis en el lugar de trabajo;
- modificación/adaptación del trabajo;
- adiestramiento para mejorar sus habilidades de búsqueda de trabajo;
- evaluación vocacional;
- mejoras en las habilidades a corto plazo;
- rehabilitación vocacional; o
- terapias reconstituyentes para mejorar la capacidad funcional para regresar al trabajo.

"Enfermedad" se refiere a una condición, dolencia o embarazo, incluidas las complicaciones de este último.

"Firmado" se refiere a cualquier símbolo o método ejecutado o adoptado por una persona con la intención actual de autenticar un registro, que se realiza o transmite en papel o medios electrónicos que sea aceptable para Nosotros y en conformidad con la ley aplicable.

"Cónyuge" se refiere a Su cónyuge legal.

"Nosotros", **"Nos"** y **"Nuestro"** hace referencia a MetLife.

"Por Escrito" se refiere a un registro que se realiza o transmite en papel o medios electrónicos que es aceptable para Nosotros y en conformidad con la ley aplicable.

"Usted", "Su" y **"Sus"** se refieren a un empleado que está asegurado bajo la Póliza Colectiva para el seguro descrito en este certificado.

DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED

CLASES ELEGIBLES

Todos los empleados de tiempo completo clasificados como oficiales de policía por el Empleador.

FECHA EN QUE REÚNE LAS CONDICIONES PARA EL SEGURO

Usted puede reunir las condiciones para el seguro disponible para Su clase elegible como se muestra en el PROGRAMA DE BENEFICIOS.

Si Usted está en una clase elegible el 1 de julio de 2013, podrá acceder al seguro descrito en este certificado en esa fecha.

Si Usted ingresa en una clase elegible luego del 1 de julio de 2013, podrá acceder al seguro en la fecha que ingrese a esa clase.

PROCESO DE INSCRIPCIÓN

Si Usted es elegible para el seguro, usted queda inscrito para tal seguro. Si Usted está inscrito en un seguro que requiere que Usted contribuya al pago de las primas, la cantidad necesaria para el pago de Sus primas será deducida de su salario. Su Empleador le notificará la cantidad requerida para el pago de las mismas.

FECHA EN QUE ENTRA EN VIGENCIA SU SEGURO

Regulaciones para el Seguro de contribución

Su seguro entrará en vigencia en la fecha en que Usted reúna las condiciones, si Usted está Activo en el trabajo en esa fecha.

Si Usted no está Activo en el trabajo en la fecha en la que el Seguro de contribución entraría en vigencia, esto ocurrirá el día en el que Usted retorne al Trabajo Activo.

Aumento del seguro

La cantidad del seguro aumentará cuando se incrementen Sus ingresos, lo cual será efectivo en la fecha del aumento de Sus ingresos. Si Usted no está Activo en el Trabajo en la fecha en la que el seguro entraría en vigencia, esto ocurrirá el día en el que Usted retorne al Trabajo Activo.

Los cambios en Su Seguro de Ingresos por Incapacidad solamente se aplicarán a las Incapacidades que comenzaron en la fecha o luego de la fecha del cambio.

Disminución del seguro

La cantidad del seguro se reducirá cuando disminuyan Sus ingresos, lo cual será efectivo en la fecha en que ocurra el cambio.

Los cambios en Su Seguro de Ingresos por Incapacidad solamente se aplicarán a las Incapacidades que comenzaron en la fecha o luego de la fecha del cambio.

FECHA EN QUE SE DA POR TERMINADO SU SEGURO

Su seguro terminará en la fecha que ocurra primero entre las siguientes:

1. la fecha en la que termina la Póliza Colectiva; o
2. la fecha en la que finaliza el seguro para Su clase; o
3. el final del período para el cual se le ha pagado la última prima; o
4. la fecha en la que deja de estar en una clase elegible. Dejará de estar en una clase elegible en la fecha en que Usted deje Su Trabajo Activo en una clase elegible, si Usted no está incapacitado en esa fecha; o
5. la fecha en que termina Su empleo; o
6. la fecha en la que Usted se retira de acuerdo con la fecha en que termina Su empleo.

En ciertos casos, el seguro puede continuarse como se indica en la sección titulada CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA.

Restablecimiento del Seguro de Ingresos por Incapacidad

Si Su seguro termina, puede volver a estar asegurado de la siguiente manera:

1. Si Su seguro termina porque:

   - deja de estar en una clase elegible; o
   - Su empleo finaliza; y

   Usted vuelve a ser miembro de una clase elegible dentro de los 3 meses desde la fecha en la que terminó Su seguro, no tendrá que completar un nuevo Período de gracia o proveer evidencias de Su condición de asegurable.

2. Si Su seguro termina porque dejó de pagar las primas requeridas mientras está de licencia aprobada según los términos de la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) u otra licencia mandada por ley, y se convierte en un miembro de una clase elegible dentro de los 31 días de lo que ocurra primero entre:

   - final del período de licencia que Usted y el Empleador acordaron; o
   - final del período de licencia elegible requerido bajo la FMLA u otra ley para licencias o ausencias de naturaleza similar.

   No tendrá que completar un nuevo Período de espera ni proveer evidencia de Su condición de asegurable.

3. En todos los otros casos en que Su seguro finaliza porque la prima requerida no ha sido pagada, tendrá que proveer evidencia de Su asegurabilidad.

Si Usted vuelve a estar asegurado como se describe en los puntos 1 o 2 anteriores, la limitación para Condiciones Preexistentes será aplicada como si Su seguro hubiese estado en vigencia sin interrupción.

CONTINUACIÓN DEL SEGURO CON PAGO DE PRIMA

PARA LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR

Algunos permisos de licencia pueden calificar para la continuación del seguro bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA) de 1993 u otros permisos de licencia exigidos legalmente o leyes similares. Comuníquese con el Empleador para obtener información sobre dichas leyes sobre permisos de licencia exigidos legalmente.

A OPCIÓN DEL EMPLEADOR

El Empleador ha elegido continuar el seguro pagando primas para los empleados que no están Incapacitados y dejaron el Trabajo Activo en una clase elegible por cualquiera de las razones que se especifican más abajo.

El Seguro de Ingresos por Incapacidad continuará por los siguientes períodos:

1. el periodo que Usted cesa el Trabajo Activo en una clase elegible debido a lesiones o enfermedad, hasta 3 meses;

2. para el seguro de Ingresos por Incapacidad: Beneficios a largo plazo, por el período que cesa el Trabajo Activo en una clase elegible debido a cualquier otro permiso de licencia aprobado por el Empleador, hasta el final del mes en que Usted cesa el Trabajo Activo.

Al final de cualquiera de los períodos de continuación enumerados anteriormente, Su seguro se verá afectado de la siguiente manera:

- Si retoma el Trabajo Activo en una clase elegible en este momento, continuará estando asegurado bajo la Póliza Colectiva.
- Si no retoma el Trabajo Activo en una clase elegible en este momento, se considerará que Su empleo terminó y Su seguro terminará de acuerdo con lo establecido en la subsección FECHA EN QUE SE DA POR TERMINADO SU SEGURO de la sección titulada DISPOSICIONES DE ELEGIBILIDAD: SEGURO PARA USTED.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS A LARGO PLAZO

Si se incapacita mientras está asegurado, deberá enviarnos Prueba de su Incapacidad. Cuando recibamos dicha Prueba, revisaremos su reclamación. Si aprobamos la reclamación, pagaremos el Beneficio Mensual hasta el Período máximo de beneficio que figura en el PROGRAMA DE BENEFICIOS, sujeto a la sección FECHA EN QUE TERMINA EL PAGO DE BENEFICIOS.

Para verificar que Usted continúa estando Incapacitado sin interrupción luego de Nuestra aprobación inicial, podemos pedirle que nos envíe periódicamente Prueba de que Usted continúa estando Incapacitado. Dicha Prueba puede incluir exámenes médicos, exámenes realizados por médicos independientes, entrevistas domiciliarias o exámenes de capacidad funcional, según sea necesario.

Mientras Usted está Incapacitado, el Beneficio Mensual descrito en este certificado no se verá afectado si:

- Su seguro termina; o
- la Póliza Colectiva se enmienda para modificar el plan de beneficios para Su clase.

PAGO DE BENEFICIOS

Si aprobamos Su reclamación, los beneficios comenzarán a acumularse el día después de que complete su Período de Eliminación. Pagaremos el primer Beneficio Mensual un mes después de la fecha en que comienzan acumularse los beneficios. Haremos pagos subsecuentes mensuales por todo el tiempo en el que Usted esté Incapacitado. El pago estará basado en la cantidad de días en que Usted esté Incapacitado durante cada mes y será prorrateado para cualquier mes parcial de Incapacidad.

Le pagaremos Beneficios Mensuales a Usted. Si Usted muere, pagaremos la cantidad de cualquier beneficio adeudado como se describe en la subsección de DISPOSICIONES GENERALES titulada Pagos de beneficios de ingresos por Incapacidad: A Quién Pagaremos.

Mientras esté recibiendo Beneficios Mensuales, Usted no tendrá que pagar las primas por el costo de cualquier seguro de ingresos por Incapacidad que se defina como Seguro Contributorio.

RECUPERACIÓN DE UNA INCAPACIDAD

Si Usted regresa al Trabajo Activo, consideraremos que se ha recuperado de su Incapacidad.

Las disposiciones de esta subsección no se aplicarán si Su seguro ha terminado y si Usted es elegible para recibir una cubierta bajo otro Plan Colectivo de Incapacidad Prolongada.

Si Usted regresa al Trabajo Activo antes de completar Su Período de Eliminación

Si Usted regresa al Trabajo Activo antes de completar Su Período de Eliminación por un período de 30 días o menos, y luego vuelve a estar Incapacitado debido a la misma Enfermedad o lesión accidental o algo relacionado, Usted no tendrá que completar un nuevo Período de Eliminación. Contaremos esos días como parte de Su Período de Eliminación.
Si Usted regresa al Trabajo Activo por un período de más de 30 días, y luego vuelve a estar Incapacitado, tendrá que completar un nuevo Período de Eliminación.

Según esta disposición, el término Trabajo Activo solamente incluye los días en los que Usted realmente trabaja.

Si Usted regresa al Trabajo Activo luego de completar Su Período de Eliminación

Si Usted regresa al Trabajo Activo luego de completar Su Período de Eliminación por un período de 90 días o menos, y luego vuelve a estar Incapacitado debido a la misma Enfermedad o lesión accidental o algo relacionado, Usted no tendrá que completar un nuevo Período de Eliminación. Con el fin de determinar Sus beneficios, consideraremos dicha Incapacidad como parte de la Incapacidad original y utilizaremos los mismos Ingresos Previos a la Incapacidad y aplicaremos los mismos términos, disposiciones y condiciones que utilizamos para la Incapacidad original.

Si Usted regresa al Trabajo Activo por un período de más de 90 días, y luego vuelve a estar Incapacitado, tendrá que completar un nuevo Período de Eliminación.

A los fines de esta disposición, el término Trabajo Activo incluye todos los días continuados luego de Su regreso al trabajo durante los cuales Usted no está Incapacitado.

INCENTIVOS DE REHABILITACIÓN

Incentivo del Programa de Rehabilitación

Si participa en un Programa de Rehabilitación, aumentaremos Su Beneficio Mensual en un 10%. El aumento es efectivo antes de reducir Su Beneficio Mensual por cualquier otro ingreso.

Incentivo de trabajo

Mientras Usted esté Incapacitado, lo alentamos a que trabaje. Si Usted trabaja mientras esté Incapacitado y recibe Beneficios Mensuales, su Beneficio Mensual se ajustará de la siguiente manera:

- Su Beneficio Mensual se verá incrementado por nuestro Incentivo del Programa de Rehabilitación, si existiera; y
- reducido por Otro ingreso según se define en la sección SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Su Beneficio Mensual, como se ajustó anteriormente, no será reducido por la cantidad que Usted gane trabajando, excepto en el caso que dicho Beneficio Mensual ajustado más la cantidad que gane trabajando y el ingreso que recibe de Otros Ingresos exceda el 100% de sus Ingresos Previos a la Incapacidad, tal como se calcula en la definición de Incapacidad.

Además, no se aplicará el Beneficio Mensual Mínimo.

Límite en el incentivo de trabajo

Después de los primeros 24 meses siguientes a Su Período de Eliminación, reduciremos su Beneficio Mensual en un 50% de la cantidad que Usted gane trabajando mientras esté Incapacitado.

Incentivo de atención familiar

Si Usted trabaja o participa en un Programa de Rehabilitación mientras está Incapacitado, le reembolsaremos hasta $400 por los gastos mensuales que incurra con cada miembro de la familia para proveerle:

- cuidado para Su hijo natural o adoptado legalmente o el de Su Cónyuge, o el niño de quien Usted o Su Cónyuge sean el tutor legal, y que:
  - esté viviendo con Usted como parte de Su hogar;
  - mayormente dependa de Usted económicamente; y
  - sea menor de 13 años.

  El niño debe recibir el servicio de cuidado por parte de un proveedor de cuidado con licencia que no puede ser miembro de Su familia directa o que viva en Su residencia.
- cuidado para un miembro de Su familia que:
  - esté viviendo con Usted como parte de Su hogar;
  - mayormente dependa de Usted económicamente; y

- sea incapaz de vivir de manera independiente, sin importar la edad, debido a incapacidad mental o física como lo define la ley aplicable.

El cuidado para un miembro de Su familia no puede ser provisto por un miembro de Su familia directa.

Le realizaremos reembolsos mensualmente, comenzando con el primer pago de Beneficios Mensuales hasta que haya recibido pagos de beneficios de 24 meses. Los pagos no se realizarán más allá del Período Máximo de Beneficios. No le reembolsaremos gastos por los que sea elegible para el pago desde cualquier otra fuente. Debe enviarnos Pruebas de que ha incurrido en dichos gastos.

Incentivo de gastos de mudanza

Si participa en un Programa de Rehabilitación mientras está Incapacitado, podremos reembolsarle los gastos en los que incurra para mudarse a una nueva residencia recomendada como parte de dicho Programa. Tales gastos deben ser aprobados por Nosotros por adelantado.

Debe enviarnos Pruebas de que ha incurrido en dichos gastos de mudanza.

No le reembolsaremos dichos gastos si incurrió en ellos por servicios suministrados por un miembro de Su familia directa o alguien que vive en su residencia.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: INGRESOS QUE REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Reduciremos Sus beneficios por Incapacidad en la cantidad de Otros Ingresos. En esta categoría entran:

1. todos los beneficios por Incapacidad o retiro que Usted, Su Cónyuge o hijo(s) reciban o para los que sea elegibles debido a Su Incapacidad o retiro conforme a:
   - Ley de Jubilación para Ferroviarios;
   - Todo plan de Incapacidad o retiro público o estatal.
2. todo ingreso recibido por Incapacidad o retiro conforme al Plan de Retiro del Empleador, en la medida en que pueda atribuirse a los aportes del Empleador.
3. todo ingreso recibido por Incapacidad bajo:
   - Una póliza de seguro colectivo a la que el Empleador haya hecho aportes, tales como:
     - beneficios por pérdida de tiempo de trabajo debido a la Incapacidad;
   - una ley de seguro automovilístico sin adjudicación de culpa por pérdida de ingresos, excluyendo beneficios suplementarios por Incapacidad;
   - un plan o programa de beneficios obligatorios del gobierno que ofrece pagos por pérdida de tiempo de trabajo debido a Su Incapacidad, ya sea que dicho pago se realice directamente mediante el plan o programa, o a través de un tercero;
   - un plan autofinanciado u otro arreglo si el Empleador aporta o realiza deducciones de nómina por el;
   - todo pago por licencia por enfermedad, pago por vacaciones u otra continuación del salario que su empleador le pague a Usted;
   - compensación para trabajadores o una ley similar que brinde beneficios periódicos; Esto se aplica a una Incapacidad que no sea la que suceda en el transcurso de algún trabajo del tipo descrito y estipulado en las disposiciones de la Ley 127 de Puerto Rico, y por la que usted reúne los requisitos para recibir beneficios de incapacidad bajo dicha ley;
   - leyes sobre enfermedad ocupacional;
   - leyes que garantizan mantenimiento y cura para el personal marítimo;
   - ley o programa de seguros por desempleo.
4. todo ingreso que reciba por trabajar mientras esté Incapacitado en la medida en que dicho ingreso reduzca la cantidad de Su Beneficio Mensual según se describe en INCENTIVOS DE REHABILITACIÓN. Esto incluye, entre otros, salarios, comisiones, pagos por horas extra, bonificaciones y otros arreglos de pagos adicionales que provengan de cualquier fuente.
5. cantidades de recuperación que reciba por pérdida de ingresos como resultado de reclamaciones contra terceros por juicio, acuerdo o que de otro modo incluya ingresos futuros.

PAGO ÚNICO

Si recibe Otros Ingresos en forma de un pago único debe, dentro de los 10 días después de la recepción de dicho pago, entregarnos Prueba Por Escrito satisfactoria de:

- la cantidad del pago único;
- la cantidad atribuible a la sustitución de ingresos; y
- el período por el que se aplica el pago.

Cuando recibamos dicha Prueba, ajustaremos la cantidad de Sus beneficios por Incapacidad.

Si no recibimos la Prueba Por escrito en las condiciones descritas anteriormente y conocemos la cantidad del pago único, podemos reducir Sus beneficios por Incapacidad en una cantidad igual a dicho beneficio hasta que se haya agotado el pago único.

Si ajustamos la cantidad de Sus beneficios por Incapacidad debido a un pago único, la cantidad del ajuste no generará beneficios inferiores a la cantidad mínima, excepto en el caso de que se trate de un Sobrepago.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: INGRESOS QUE NO REDUCIRÁN SUS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

No reduciremos Sus beneficios por Incapacidad a una cantidad inferior al Beneficio Mínimo que aparece en el PROGRAMA DE BENEFICIOS, o por:

- ajustes por costo de vida pagados bajo cualquiera de las fuentes de Otros Ingresos;
- honorarios razonables de abogados incluidos en toda adjudicación o acuerdo;
- seguro de crédito colectivo;
- beneficios de seguro hipotecario por Incapacidad;
- beneficios de retiro anticipado que no han sido tomados voluntariamente por Usted;
- beneficios para veteranos;
- pólizas individuales de seguro de ingresos por Incapacidad;
- beneficios recibidos en concepto del pago acelerado de beneficios por muerte; o
- cantidades traspasadas a un plan de impuestos calificado a menos que Usted las reciba posteriormente mientras recibe pagos por beneficios.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: FECHA EN QUE TERMINA EL PAGO DE BENEFICIOS

Sus pagos de beneficios por Incapacidad terminarán tan pronto se cumpla una de las siguientes:

- el final del Período Máximo de Beneficios;
- la fecha en que terminen los beneficios según se especifican en la sección titulada BENEFICIOS LIMITADOS POR INCAPACIDAD;
- la fecha en que ya no está Incapacitado;
- la fecha en que muere;
- la fecha en que deja de participar en un Programa de Rehabilitación que le solicitemos o se niega a hacerlo;
- la fecha en que Usted incumple en someterse un examen médico que le solicitemos según se describe en la subsección Exámenes Físicos de la sección DISPOSICIONES GENERALES;
- la fecha en que deje de proveer la Prueba solicitada de que sigue Incapacitado.

Mientras Usted está Incapacitado, los beneficios descritos en este certificado no se verán afectados si:

- Su seguro termina; o
- la Póliza Colectiva se enmienda para modificar el plan de beneficios para Su clase.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: CONDICIÓNES PREEXISTENTES

"Condición Preexistente" significa una enfermedad o lesión accidental por la que Usted:

- recibió tratamiento médico, consulta, atención, o servicios;
- tomó medicamentos recetados o tenía medicamentos recetados; o
- tenía síntomas o condiciones que provocarían que una persona razonablemente prudente busque diagnóstico, atención o tratamiento;

en los 3 meses anteriores a que entre en vigencia Su seguro en virtud de este certificado.

No pagaremos beneficios por Incapacidad que resulte de una Condición Preexistente si ha estado Activo en el Trabajo durante menos de 12 meses consecutivos posteriores a la fecha de entrada en vigencia de Su seguro por Incapacidad en virtud de este certificado.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS LIMITADOS POR INCAPACIDAD

Para Incapacidad debida al abuso o la adicción al alcohol, drogas o sustancias

Si se encuentra Incapacitado debido al abuso o la adicción al alcohol, las drogas u otras sustancias, limitaremos Sus beneficios por Incapacidad a un período de Incapacidad de por vida. Durante su período de Incapacidad, le solicitaremos que participe en un programa de recuperación del abuso o adicción al alcohol o a otras sustancias, recomendado por un médico.

Finalizaremos los pagos de beneficios por Incapacidad tan pronto se cumpla una de las siguientes:

- la fecha en que recibe 24 meses de pagos de beneficios por Incapacidad;
- la fecha en que deje de participar en el programa de recuperación al que se hace referencia anteriormente o bien se niegue a hacerlo; o
- la fecha en que complete dicho programa de recuperación.

Para Incapacidad debido a trastornos o enfermedades mentales o nerviosas

Si se encuentra Incapacitado debido a trastornos o enfermedades mentales o nerviosas, limitaremos Sus beneficios por Incapacidad a un máximo de por vida equivalente al menor de:

- 24 meses; o
- el Período Máximo de Beneficios.

Esta limitación no se aplicará a una Incapacidad que resulte de:

- esquizofrenia;
- demencia; o
- enfermedad orgánica del cerebro.

"Trastorno o Enfermedad Mental o Nerviosa" es una condición médica que cumple con los criterios de diagnóstico estipulados en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales desde la fecha de su Incapacidad. Una condición podrá clasificarse como Trastorno o Enfermedad Mental o Nerviosa independientemente de su causa.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS LIMITADOS POR INCAPACIDAD

Para Incapacidades ocupacionales

No pagaremos beneficios por ninguna Incapacidad:

- que suceda en el transcurso de algún trabajo del tipo descrito y estipulado en las disposiciones de la Ley estatal 127 del 27 de junio de 1958, según enmendada; y

    - por la que usted reúne los requisitos para recibir beneficios de Incapacidad bajo dicha ley.

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: EXCLUSIONES

No pagaremos ninguna Incapacidad provocada o causada por:

1. guerras, ya sean declaradas o no declaradas, o actos de guerra, insurrección, rebelión o acto terrorista;
2. Su participación activa en un motín;
3. lesión auto infligida intencionalmente;
4. intento de suicidio; o
5. cometer o intento de cometer un delito grave, o su participación en él.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR EL SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS A LARGO PLAZO

El Empleador debe tener un suministro de formularios de reclamación. Pídale al Empleador el formulario de reclamación y llénelo cuidadosamente. Devuelva el formulario de reclamación completo con la Prueba solicitada al Empleador.

Si no puede reportarse al Trabajo Activo debido a Enfermedad o lesión accidental, y cree que puede estar Incapacitado, debe contactar a MetLife o a su representante de beneficios para iniciar una reclamación. Recomendamos que lo haga, a más tardar, 30 días después del primer día en que no pueda reportarse a Trabajo Activo para que su reclamación pueda procesarse de manera oportuna.

Cuando un reclamante presenta una reclamación inicial por beneficios de seguro de Ingresos por Incapacidad descritos en este certificado, ambas, la notificación de la reclamación y la Prueba solicitada deben enviarse dentro de los 90 días posteriores al fin del Período de Eliminación.

También Nos debe notificar de la reclamación y enviar la Prueba para el seguro de Ingresos por Incapacidad, siguiendo los pasos que se estipulan a continuación:

Paso 1
Un reclamante podrá notificarnos llamándonos al número gratis que aparece en la Carátula del Certificado dentro de los 20 días de la fecha de una pérdida.

Paso 2
Le enviaremos un formulario de reclamación al reclamante y le explicaremos cómo completarlo. El reclamante debe recibir el formulario dentro de los 15 días de la notificación de la reclamación.

Paso 3
Cuando el reclamante recibe el formulario de reclamación, debe llenarlo según se indica y devolverlo con la Prueba solicitada indicada en dicho formulario. Si el reclamante no recibe un formulario de reclamación en el plazo de 15 días desde que nos notificó, podrá notificarnos usando cualquier formulario que sea suficiente para brindarnos la Prueba solicitada.

Paso 4
El reclamante debe hacernos llegar la Prueba, a más tardar, 90 días después de que termine el Período de Eliminación.

Si no se entrega la notificación de reclamación o la Prueba dentro de los plazos descritos en esta sección, la demora no será motivo de denegación ni reducción de la reclamación si dichas notificación y Prueba se entregan a los 90 días después del final del Período de Eliminación o, si no es razonablemente posible entregar la notificación de reclamación o Prueba dentro de dicho período, se entregan en un plazo futuro razonablemente posible.

Documentos que se deben enviar para una reclamación de seguro de Ingresos por Incapacidad

Al enviar Prueba sobre una reclamación inicial o de continuidad para el seguro de Ingresos por Incapacidad, podría necesitar lo siguiente:

- documentación que debe incluir, entre otros, la siguiente información:
    - la fecha en que se incapacitó;
    - la causa de Su Incapacidad;
    - el pronóstico de Su Incapacidad;
    - la continuidad de Su Incapacidad; y
- Su solicitud para:
    - Otras fuentes de beneficios; y
    - beneficios por compensación de trabajadores u otros beneficios de ley similares.
- Autorización Por escrito para obtener y divulgar información médica, laboral y financiera y cualquier otro asunto que podamos solicitar en forma razonable para documentar Su Incapacidad o determinar si recibe ingresos de Otras Fuentes de Beneficios o si reúne las condiciones para recibirlos;
- toda la información médica, entre otros:

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR EL SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD: BENEFICIOS A LARGO PLAZO (continuación)

- radiografías; y
- fotocopias de historias clínicas, que incluyan:
    - historiales;
    - exámenes físicos, mentales o de diagnóstico; y
    - notas de tratamientos; y

- los nombres y direcciones de todos:

    - los médicos y profesionales de la salud que lo hayan diagnosticado o tratado, o a los que haya consultado;
    - los hospitales u otras instalaciones médicas que lo hayan diagnosticado o tratado, o a los que haya consultado;
    - las farmacias que hayan atendido Sus recetas en los últimos tres años; y
- los elementos adicionales de evidencia que se requieran y se describan en las disposiciones adicionales del plan por las que reclama beneficios.

Plazo para iniciar acciones legales. Una acción legal relacionada con una reclamación en Nuestra contra solo se puede incoar durante un período definido. Este período comienza 60 días después de la fecha en que se presenta la Prueba y termina 3 años después de la fecha de requerimiento de dicha Prueba.

DISPOSICIONES GENERALES

Transferencia

Los derechos y beneficios conforme a la Póliza Colectiva no son transferibles antes de una reclamación por beneficios, excepto que lo requiera la ley. No somos responsables de la validez de una transferencia.

Pago de beneficios de ingresos por Incapacidad: A quién le pagaremos

Realizaremos los pagos de beneficios durante su vida a Usted o a Su representante legal como Beneficiario. Todo pago realizado de buena fe Nos liberará de responsabilidad en la medida de dicho pago.

Al momento de Su muerte, le pagaremos toda cantidad vencida o que se venza a Su Beneficiario designado. Si no hay Beneficiario designado o ningún Beneficiario designado que lo sobreviva al momento de su muerte, podremos determinarlo para cualquier cantidad adeudada, según el siguiente orden:

1. Su Cónyuge, si está vivo(a);
2. Su(s) hijo(s), si no hay Cónyuge que lo sobreviva;
3. Su(s) padre(s), si no hay hijo(s) que lo sobreviva(n);
4. Su(s) hermano(s), si no hay padre(s) que lo sobreviva(n);
5. Su(s) heredero(s), si no hay hermano(s) que lo sobreviva(n).

Si más de una persona reúne los requisitos para recibir el pago, dividiremos la cantidad del beneficio en partes iguales.

El pago a un menor o persona incompetente se realizará al tutor de esa persona. El término "hijo" o "hijos" incluye a los hijos naturales o adoptados.

Todo pago periódico adeudado a Sus herederos podrá ser pagado en un pago único.

Integridad del contrato

Su seguro se brinda conforme a un contrato de seguro colectivo con el Titular de la Póliza. La integridad del contrato con el Titular de la Póliza se compone de lo siguiente:

1. la Póliza Colectiva y sus Anexos, que incluyen el o los certificados;
2. la solicitud del Titular de la Póliza ; y
3. toda modificación y/o endoso a la Póliza Colectiva.

Incontestabilidad: Declaraciones hechas por Usted

Toda declaración que Usted haga se considerará una representación y no una garantía. No usaremos dicha declaración para no asegurarlo, reducir beneficios o defender un reclamación a menos que se cumplan los siguientes requisitos:

1. que la declaración esté en una solicitud o formulario de inscripción presentados Por Escrito;
2. que haya Firmado la solicitud o formulario de inscripción; y
3. que Usted o Su Beneficiario hayan recibido una copia de la solicitud o del formulario de inscripción.

No usaremos Sus declaraciones relacionadas con Su asegurabilidad para disputar el Seguro por Incapacidad luego de que haya estado en vigencia durante 2 años de su vida, a menos que la declaración sea fraudulenta. Además, no usaremos dichas declaraciones para disputar un aumento o agregado de beneficios a dicho seguro luego de que el aumento o el beneficio hayan estado en vigencia durante 2 años de su vida, a menos que la declaración sea fraudulenta.

Declaración errónea de la edad

Si Su edad declarada es errónea, la edad correcta se utilizará para determinar si el seguro está en vigencia y, según sea adecuado, ajustaremos los beneficios y/o primas.

Conformidad con la ley

Si las cláusulas y condiciones de este certificado no cumplen con alguna ley aplicable, este certificado se interpretará de manera que las cumpla.

Exámenes físicos

Si se reclaman beneficios de seguro, tenemos derecho de pedirle al Asegurado que sea examinado por Médico(s) que Nosotros designemos mientras sea razonablemente necesario para procesar la reclamación. Pagaremos el costo de dicho examen.

Autopsia

Tenemos derecho a realizar una solicitud razonable para una autopsia cuando la ley lo permita. Dicha solicitud estipulará los motivos por los que estamos solicitando la autopsia.

Sobrepagos del seguro de ingresos por Incapacidad:

Recuperación de los sobrepagos

Tenemos derecho a recuperar cualquier cantidad que determinemos que

representa un sobrepago. Existe un sobrepago si se determina que:

- la cantidad total pagada por Nosotros sobre Su reclamación es mayor que el total de beneficios adeudados a Usted conforme a este certificado; o
- el pago que hicimos debió haber sido hecho por otro plan colectivo.

Si ocurre dicho sobrepago, Usted tiene la obligación de reembolsarnos. Nuestros derechos y Sus obligaciones en este sentido se escriben en el acuerdo de reembolso que debe firmar cuando envía una reclamación por beneficios conforme a este certificado. Este acuerdo:

- confirma que Nos reembolsará todos los sobrepagos; y
- nos autoriza a obtener información relacionada a fuentes de Otros Ingresos.

Cómo recuperamos los sobrepagos

Podemos recuperar los pagos excedentes que le hicimos a Usted:

- deteniendo o reduciendo los beneficios futuros por Incapacidad, incluido el Beneficio Mínimo, pagaderos a Usted o a todo Beneficiario conforme a las secciones de Incapacidad del certificado;
- exigiendo a usted un reembolso inmediato del sobrepago; e
- iniciando acciones legales.

Si el sobrepago se deriva de un pago que le hayamos hecho y que debería haber sido hecho bajo otro plan colectivo, podemos recuperarlo de una o más de las siguientes:

- cualquier otra empresa de seguros;

- cualquier otra organización; o
- cualquier persona a quien o para quien se realizó el pago.

Derecho de retención y reembolso

Si Usted se incapacita y recibe beneficios por Incapacidad conforme a este certificado, y recibe el pago de un tercero por pérdida de ingresos respecto de la misma pérdida de ingresos por la cual recibió beneficios en virtud de este certificado (por ejemplo, una sentencia, un acuerdo o un pago conforme a las leyes de compensación de trabajadores), Nos reembolsará las cantidades de dicho pago hasta la cantidad equivalente a los beneficios que se le paguen bajo este certificado por dicha Incapacidad. Nuestro derecho a recibir reembolsos de dichos pagos será una reclamación o derecho de retención de cantidades contra dichos pagos y Nuestro derecho nos proveerá con una reclamación o derecho de retención preferencial sobre dichos pagos hasta la cantidad completa de beneficios pagados a Usted conforme a este certificado por dicha Incapacidad. Usted acuerda tomar todas las medidas necesarias para que podamos ejercer Nuestros derechos conforme a esta disposición, incluyendo, sin limitarse a:

- notificarnos lo más pronto posible sobre cualquier pago que reciba o que tenga derecho a recibir de terceros por pérdida de ingresos respecto a la misma pérdida de ingresos por la que recibió beneficios conforme a este certificado;

- presentar documentos y otra información según lo solicitemos o lo solicite cualquier persona que trabaje en Nuestro nombre; y

- mantener en fideicomiso o hacer que Su representante legal tenga en fideicomiso sumas pagadas a Usted o a cualquier persona por un tercero en concepto de pérdidas de ingresos respecto a la misma pérdida de ingresos por la que recibió beneficios conforme a este certificado, hasta una cantidad equivalente a los beneficios pagados a Usted en virtud de este certificado por dicha Incapacidad, a pagarse inmediatamente a Nosotros una vez que reciba dichas sumas.

Deberá cooperar y hacer que Su representante legal coopere con Nosotros en los esfuerzos de reembolso y no interferirá con Nuestros derechos conforme a esta disposición. Nuestros derechos conforme a esta disposición se aplican haya sido Usted o no compensado totalmente o si será totalmente compensado o no por un tercero por cualquier Incapacidad por la cual recibió o tiene derecho a recibir beneficios conforme a este certificado.

ESTE ES EL FINAL DEL CERTIFICADO.
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES ADICIONAL.

SERVICIOS ESPECIALES

Programa de Intervención Temprana

El Programa de Intervención Temprana de MetLife se ofrece a todos los empleados cubiertos, y su participación es voluntaria*. Este programa ayuda a identificar en forma temprana a esos empleados que podrían beneficiarse de los análisis vocacionales y los servicios de rehabilitación antes de reunir los requisitos para los beneficios por Incapacidad Prolongada. Es más probable que los esfuerzos de rehabilitación temprana reduzcan la duración de su Incapacidad Prolongada y ayuden a que vuelva a trabajar antes de lo esperado.

Si no puede trabajar, o solamente puede trabajar a tiempo parcial debido a una incapacidad, su empleador notificará a MetLife. Nuestros Especialistas Clínicos podrán ayudarlo:

1. revisando y evaluando su condición de incapacidad, incluso antes de enviar un reclamación por beneficios por Incapacidad Prolongada (con su consentimiento);
2. diseñando planes de regreso al trabajo individualizados que se enfocan en sus capacidades, con el objetivo de volver a trabajar;
3. identificando recursos comunitarios locales;
4. coordinando servicios con otros proveedores de beneficios, incluyendo: proveedor de servicios médicos, proveedor de servicios para incapacidades a corto plazo,* proveedor de servicios de compensación de trabajadores y planes estaduales de incapacidad;
5. monitoreando los planes de regreso al trabajo en progreso y modificándolos según lo recomienda el médico tratante (con su consentimiento).

Ofrecemos asistencia sin costo para Usted ni para su Empleador.

* Si además tiene una cubierta por Incapacidad a Corto Plazo de MetLife o la administración del Plan de continuación del salario, estos servicios se brindan automáticamente. No es necesario notificar a su Empleador.

Programa de Regreso al Trabajo

Objetivo es Rehabilitar
El objetivo de MetLife es enfocarse en las habilidades del empleado, en lugar de en sus incapacidades. Esta filosofía de las "habilidades" es la base de nuestro programa de regreso al trabajo. Al enfocarse en lo que los empleados pueden hacer en lugar de en lo que no pueden, podemos ayudarlo a volver al trabajo antes de lo esperado.

Incentivos para regresar al trabajo
Su plan de Incapacidad está diseñado para brindar ventajas claras e incentivos financieros para volver al trabajo de tiempo completo o parcial, mientras aún recibe un beneficio por Incapacidad. Además de los incentivos financieros, podrá haber beneficios personales derivados de regresar al trabajo. Muchos empleados mejoran la autoestima y la satisfacción personal de volver a ser autosuficientes y productivos. Si se determina que usted es capaz, pero no participa en el Programa de regreso al trabajo, sus beneficios por Incapacidad podrían cesar.

Servicios de regreso al trabajo
Como empleado cubierto, usted reúne automáticamente los requisitos para participar en nuestro Programa de regreso al trabajo. El programa apunta a identificar el adiestramiento y la terapia necesaria que pueden ayudarlo a volver al trabajo. En muchos casos, esto significa ayudar a volver a su ocupación anterior, aunque la rehabilitación también puede llevar a una nueva ocupación que se adecua mejor a su condición y saca lo mejor de sus capacidades. Los servicios que brindamos no implican costos adicionales para usted, y se adaptan para cumplir con sus necesidades individuales. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

SERVICIOS ESPECIALES

1. **Análisis vocacionales**

   Evaluación y asesoría para ayudar a determinar cómo pueden aplicarse sus habilidades y capacidades a un trabajo nuevo o modificado con su empleador.

2. **Encuestas del mercado laboral**

   Estudios para encontrar trabajos disponibles en su localidad que precisarían sus destrezas y habilidades. Además, identificar los ingresos potenciales de una persona para una ocupación específica.

3. **Programas de reentrenamiento**

   Programas para facilitar el regreso a su trabajo anterior, o adiestrarlo para un trabajo nuevo.

4. **Modificación/adaptación del trabajo**

   Análisis de demandas y funciones de trabajo para determinar qué modificaciones podrán hacerse para maximizar las oportunidades de empleo.

   Esto también incluye cambios en su trabajo o adaptaciones para ayudarlo a realizar el trabajo anterior o una vocación similar, según lo requiera su empleador conforme a la Ley de Estadounidenses con Incapacidades
   (ADA, por sus siglas en inglés).

5. **Habilidades de búsqueda de trabajo y asistencia de inserción laboral**

   Adiestramiento especial para identificar capacidades, establecer objetivos, desarrollar currículum vítae, pulir técnicas de entrevistas y brindar otro tipo de asistencia de búsqueda laboral.

Personal del programa de regreso al trabajo
El Administrador de Casos que maneja su reclamación coordinará los servicios de regreso al trabajo. Usted podría ser referido a un especialista clínico, como un Asesor de Enfermería, Especialista Clínico Psiquiátrico o Asesor de Rehabilitación Vocacional que tenga el adiestramiento y la educación avanzada para ayudar a la gente con incapacidades a volver al trabajo. Uno de nuestros especialistas clínicos trabajará con usted directamente, y con servicios y recursos de soporte local. Han devuelto a cientos de individuos a empleos significativos y provechosos.

Especialistas proveedores de servicios de rehabilitación
En muchas situaciones, podrán utilizarse especialistas de servicios de rehabilitación vocacional independientes. Los servicios se obtienen sin costo adicional para usted; MetLife paga todos los servicios a los proveedores. Al seleccionar un proveedor de servicios de rehabilitación se toma en cuenta

1. la evaluación y las recomendaciones de médico tratante;
2. sus necesidades vocacionales individuales; y
3. las credenciales, especialidad, reputación y experiencia del proveedor.

Al trabajar con proveedores, seguimos colaborando con usted y su médico para desarrollar un plan adecuado de regreso al trabajo.

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES

Preguntas de rutina de reclamaciones de beneficios por incapacidad

Si tiene alguna pregunta sobre un pago de reclamación, puede solicitar explicaciones al Empleador, que generalmente puede brindar la información necesaria.

Envío de reclamaciones

Para reclamaciones de beneficios por incapacidad, el reclamante debe informar la reclamación a MetLife y, si se le solicita, completar el formulario adecuado. El reclamante también debe enviar la prueba solicitada según se describe en la sección del certificado "Cómo presentar una reclamación".

Los formularios de reclamación solicitados por MetLife deben enviarse conforme a las instrucciones en el formulario de reclamación.

Determinación inicial

Luego de reclamar beneficios por incapacidad a MetLife, la compañía de seguro revisará su reclamación y lo notificará de la decisión de aprobar o denegar su reclamación.

Dicha notificación será suministrada dentro de un período razonable, que no exceda los 45 días desde la fecha en que envió su reclamación; excepto en situaciones que requieran una extensión de plazo debido a asuntos que van más allá del control del Programa, en cuyo caso MetLife podrá tener hasta dos (2) extensiones adicionales de 30 días cada una para notificarlo. Si MetLife necesita una extensión, le notificará antes del vencimiento del período inicial de 45 días (o antes del vencimiento del primer período de extensión de 30 días si se necesita un segundo período de extensión de 30 días) e indicará las razones por las que necesita la extensión y cuándo se realizará su determinación. Si se necesita una extensión debido a que no suministró suficiente información o presentó una reclamación incompleta, el plazo que va desde la fecha de la notificación de MetLife solicitando más información y una extensión hasta que MetLife reciba la información solicitada no cuenta para el período en que MetLife puede notificarlo de su decisión sobre la reclamación. Usted tendrá 45 días para brindar la información solicitada desde la fecha en que reciba la notificación de extensión solicitando más información de parte de MetLife.

Si MetLife rechaza la reclamación en su totalidad o en parte, la notificación de la decisión indicará las razones por las que su reclamación fue denegada y hará referencia a las disposiciones específicas del programa en que se basa el rechazo. Si la reclamación se rechaza debido a que MetLife no recibió suficiente información, la decisión de la reclamación describirá la información adicional necesaria y explicará por qué se necesita dicha información. Además, si el rechazo se basó en una regulación, un protocolo, una pauta u otro criterio internos, la decisión de la reclamación indicará la regla, el protocolo, la pauta o criterio, o bien que fueron utilizadas tal regla, protocolo, pauta u otro criterio y que puede solicitar una copia sin cargo.

Apelar la determinación inicial

Si MetLife rechaza su reclamación, usted puede apelar la decisión. Al momento de su solicitud por escrito, MetLife le brindará sin cargo copias de documentos, registros y otra información relevante para su reclamación. Debe enviar su apelación a MetLife a la dirección indicada en el formulario de reclamación dentro del plazo de 180 días desde la recepción de la decisión de MetLife. Las apelaciones deben estar por escrito e incluir al menos la siguiente información:

- Nombre del empleado
- Nombre del programa
- Referencia a la decisión inicial

- Una explicación por la que apela la determinación inicial

Como parte de su apelación, puede enviar comentarios escritos, documentos, registros u otra información relacionada con su reclamación.

Luego de que MetLife reciba su solicitud escrita apelando la determinación inicial, MetLife llevará a cabo una revisión completa y justa de su reclamación. No se dará deferencia a la negación inicial, y la revisión de MetLife mirará la reclamación como si fuera la primera vez. La revisión sobre la apelación tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información que envíe relacionados con su reclamación sin importar si dicha información se envió o se consideró en la determinación inicial. La persona que revisará su apelación no será la misma que la que tomó la decisión inicial de rechazar su reclamación. Además, la persona que revisa la apelación no será subordinada de la persona que tomó la decisión inicial de rechazar su reclamación. Si la negación inicial se basa en su totalidad o en parte en una decisión médica, MetLife consultará a un profesional de atención médica con adiestramiento y experiencia adecuada en el campo de la medicina aplicable en el juicio médico. Este profesional de atención médica no habrá sido consultado para la determinación inicial, y no será subordinado de cualquier persona que fuera consultada para la determinación inicial.

MetLife le notificará por escrito su decisión final dentro de un período razonable, pero no superior a los 45 días posteriores a recibir la solicitud escrita de revisión de su parte, excepto que, en circunstancias especiales, MetLife podrá tener hasta 45 días adicionales para notificar la decisión final por escrito. Si se requiere dicha extensión, MetLife le notificará antes del vencimiento del período inicial de 45 días e indicará los motivos por los que se necesita dicha extensión y cuándo realizará su determinación. Si se necesita una extensión debido a que no brindó la información suficiente, el plazo que va desde que MetLife lo notifica de la necesidad de una extensión hasta el momento en que MetLife recibe la información solicitada no cuenta para el tiempo en que MetLife deba notificarlo de su decisión final. Usted tendrá 45 días para brindar la información solicitada desde la fecha en que reciba la notificación de MetLife.

Si MetLife rechaza la apelación, MetLife le enviará una decisión final por escrito que indique los motivos por los que se rechaza la reclamación que apeló y las referencias a cualquier disposición específica del Programa sobre la que se basa la negación. Si el rechazo de la apelación se basó en una regulación, un protocolo, una pauta u otro criterio internos, la decisión final por escrito indicará la regla, el protocolo, la pauta o criterio, o bien que fueron utilizadas tal regla, protocolo, pauta u otro criterio y que puede solicitar una copia sin cargo. Al momento de su solicitud por escrito, MetLife le brindará sin cargo copias de documentos, registros y otra información relevante para su reclamación.