Beneficios colectivos

Descubre más sobre tus beneficios.

WALL TO WALL, LLC
All Members

¡Aprovecha tus beneficios! Inscríbete hoy mismo, es muy fácil

¡Felicitaciones! Como parte del paquete de prestaciones, puedes inscribirte en los seguros que ofrece Principal®. Sigue estos tres pasos sencillos:

1. **Evalúa** qué seguros necesitas para proteger lo que más te importa.
2. Lee el resumen de beneficios para conocer los **detalles** de tu cobertura.
3. **Elige** o rechaza la cobertura.

Escanea el código QR en la sección de cada producto y entérate de cómo cada seguro pudiera ser útil para ti. Al elegir tu cobertura, asegúrate de responder todas las preguntas, porque si las dejas en blanco tus beneficios se podrían retrasar.

En las siguientes páginas encontrarás información sobre las siguientes coberturas:

- Dental
- De cuidado de la vista
- De vida
- Por discapacidad

Los productos de seguros y servicios administrativos del plan los emite Principal Life Insurance Company®, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, Iowa 50392.

SP1986C (GP63165C English) | 07/2023 | 2819747-042023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Inscripción y exención para empleados-CA

Principal Life Insurance Company

Des Moines, IA 50392-0002

POR FAVOR USE TINTA NEGRA
ESCRIBA LAS FECHAS EN ESTE FORMATO MM/DD/AAAA

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

Si necesita asistencia, llame al 1-800-243-1404
entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.

Nombre de la compañía	Nivel de división	Número de cuenta / unidad
Wall to Wall, LLC	ALL MEMBERS	1112103-10001

Información del empleado

Nombre			Número de seguro social	
Dirección postal (calle)			Fecha de nacimiento	☐ hombre ☐ mujer
(Ciudad)		(Estado)		(Código postal)
Fecha en que fue empleado a tiempo completo	Horas trabajadas por semana	Ocupación/clase laboral		Ubicación
Dirección de correo electrónico			Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular
Salario(para los propietarios, incluir ingreso de negocios)	Modalidad del salario ☐ anual ☐ semanal ☐ por hora ☐ mensual ☐ quincenal			
Código postal del empleador		Condado del empleador		

Información referente a los coasegurados elegibles (Complete si está eligiendo beneficios para su cónyuge o Pareja de Hecho Registrada con el Estado o Pareja de Hecho no Registrada con el Estado[1] o hijos)

Nombre del coasegurados	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Parentesco
		☐ hombre ☐ mujer		☐ cónyuge ☐ pareja de hecho registrada con el estado ☐ pareja de hecho no registrada[1]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[2] ☐ hijo con discapacidades[3]

© 2022 Principal Financial Services, Inc.

		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[2] ☐ hijo con discapacidades[3]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[2] ☐ hijo con discapacidades[3]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[2] ☐ hijo con discapacidades[3]

[1]Las parejas de hecho no registrado solo se podrán agregar si su empleador permite esta cobertura. Si está inscribiendo a una pareja de hecho, por favor, adjunte una Declaración jurada de pareja de hecho/Anexo al formulario de inscripción (SP1843).

[2]Si marcó niño tutelado, ¿se le concedió la tutelado temporal del niño por medio de una agencia de acogimiento familiar autorizada, o por una orden judicial?
☐ Sí ☐ No

[3]Si usted tiene un hijo con discapacidad de desarrollo o física, que tiene o supera la edad máxima, complete el formulario de Solicitud de continuidad de la cobertura de hijo con discapacidad, que se revisará para determinar si cumple con los requisitos para el beneficio.

¿Su cónyuge o Pareja de hecho registrada con el estado o Pareja de hecho no registrada con el estado[1] empleado por esta compañía?
☐ Sí ☐ No

Si usted y su cónyuge o Pareja de hecho registrada con el estado o Pareja de hecho no registrada con el estado[1] trabajan en la misma compañía y son aptos para recibir beneficios, no se permite que obtengan ambos beneficios, como asegurado y coasegurado, a la vez.
Si usted y uno de sus padres trabajan en la misma compañía y son aptos para recibir beneficios, no se permite que obtengan ambos beneficios, como asegurado y coasegurado, a la vez.

Cobertura	**Empleado**	**Cónyuge o Pareja de Hecho Registrada con el Estado o Pareja de Hecho no Registrada con el Estado[1]**	**Hijo(s)**
NOTA: Debe elegir la cobertura de empleado para elegir la cobertura de cualquier coasegurado.			
Dental	☐ Elijo ☐ Rechazo	☐ Elijo ☐ Rechazo	☐ Elijo ☐ Rechazo
	En los últimos 12 meses, ¿usted, el solicitante, tuvo cobertura de ortodoncia grupal continua (para usted y/o sus coasegurados) con una aseguradora anterior? ☐ sí ☐ no		
De cuidado de la vista	☐ Elijo ☐ Rechazo	☐ Elijo ☐ Rechazo	☐ Elijo ☐ Rechazo
De vida grupal a término	☒ Elijo		
De vida voluntaria a término cantidad de beneficio:	☐ Elijo ☐ Rechazo $_____	☐ Elijo ☐ Rechazo $_____ **No puede exceder el 100% de la elección del empleado**	☐ Elijo ☐ Rechazo $_____ **No puede exceder el 100% de la elección del empleado**
Por discapacidad a largo plazo	☒ Elijo		

© 2022 Principal Financial Services, Inc.

Designación de beneficiarios de la cobertura de vida grupal a término (Complete si tiene cobertura de vida grupal a término.)

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que apraece a continuación. Se pueden agregar beneficiarios adicionales mediante un documento adjunto.

Beneficiarios principales

Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje

Designación de beneficiarios de la cobertura de vida voluntaria a término (Complete si tiene cobertura de vida voluntaria a término. Si desea usar la misma designación de beneficiarios que la indicada para la cobertura de vida grupal a término, escriba “igual que la anterior” en la sección de beneficiarios que aparece a continuación.)

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que apraece a continuación. Se pueden agregar beneficiarios adicionales mediante un documento adjunto.

Beneficiarios principales:

Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje
Nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Parentesco	Marque aquí si es un menor ☐	Porcentaje

El empleado se reserva el derecho de hacer cambios en el futuro. Si se nombran dos o más beneficiarios, los beneficios se deberán pagar a los beneficiarios mencionados, o al sobreviviente o sobrevivientes, en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario.

Si se designa a cualquier beneficiario como fideicomisario, se entiende y acepta que Principal Life Insurance Company no deberá ser considerada parte de, ni estar obligada por, las condiciones del fideicomiso y además, los pagos de los beneficios netos de la mencionada póliza tras el fallecimiento del asegurado, al entonces beneficiario designado, deberán constituir un descargo total para Principal Life.

Si designó a uno o más menores como beneficiarios, deberá completar el formulario de la ley Uniform Transfers to Minors Act (Ley uniforme de transferencias a menores) (Formulario SP1037).

NOTA: usted tiene cobertura de vida grupal a término y de vida voluntaria a término y si solo hace una designación de beneficiario para una de las dos, se utilizará la disposición sobre facilidad de pago de la póliza grupal para determinar cómo se pagarán los beneficios correspondientes a la otra cobertura.

Acuerdo del empleado (Lea y firme)

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes declaraciones:

© 2022 Principal Financial Services, Inc.

- Mis coasegurados no son elegibles para coberturas que yo no tengo. Mis coasegurados, entre los cuales figuran los hijastros, niños tutelados y los que sean mayores de la edad máxima para la cobertura, son elegibles con vbase en las disposiciones del plan; sin embargo, la edad de aquellos que sean mayores a la edad máxima será verificada al momento de presentarse un reclamo.
- Si rechazo la cobertura dental o la de cuidado de la vista, no puedo inscribirme hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si rechazo la coberturas de vida enfermedad grave podré solicitarlas posteriormente pero tendré que presentar prueba de asegurabilidad y la cobertura estará sujeta a la aprobación por parte de Principal Life Insurance Company.
- Si la póliza grupal no requiere mi contribución, no puedo rechazar la cobertura a menos que la póliza indique lo contrario.
- Si la póliza grupal requiere mi contribución, autorizo a mi empleador a deducirla de mi sueldo.
- Hago constar que toda la información manifestada en este formulario, así como en cualquier otro documento adjunto, es completa y verídica a mi leal saber y entender. Dicha información forma parte de esta solicitud para cobertura. Acepto que Principal Life no se responsabilizará por ningún reclamo presentado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura y que aplicarán todas las disposiciones acordadas en la póliza/certificado. He leído, o se me han leído, la información y mis respuestas en este formulario. Durante los primeros dos años de vigencia de la cobertura, las declaraciones falsas o engañosas intencionales podrán provocar cambios en mi cobertura, incluso la cancelación de la misma a partir de la fecha de entrada en vigor.
- **Para la protección del asegurado, la ley de California requiere que en el formulario se incluya lo siguiente: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura de seguro o para hacer un reclamo por pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.**
- Entiendo que la recolección de números de Seguro Social que se han obtenido de mí y/o de mis coasegurados será usada por Principal Life Insurance Company solo en la medida en que esté permitido por la ley.
- Autorizo a Principal Life Insurance Company a divulgar cualquier información requerida por la ley. Si esta autorización fuese firmada como parte de una solicitud, restablecimiento o cambio de los beneficios, este formulario será válido por un periodo de dos años a partir de la fecha anotada a continuación. Puedo revocar la autorización para la información que no haya sido obtenida. Entiendo que los datos recopilados serán utilizados por Principal Life Insurance Company para reclamos y para determinar la elegibilidad para las coberturas de vida, por discapacidad y por enfermedad grave. No se utilizará esta información para ningún propósito prohibido por la ley
- Entiendo que, como empleado, el seguro que yo y mis coasegurados hemos solicitado comenzará en la fecha de entrada en vigor de la cobertura siempre que me encuentre en mi trabajo en dicha fecha. Si no estoy trabajando en forma activa en dicha fecha, sujeto a los términos de la póliza grupal/certificado, es posible que la cobertura no entre en vigencia hasta mi reincorporación al trabajo. Asimismo, comprendo que ningún seguro puede entrar en vigor para ningún integrante de mi familia mientras se encuentre en un periodo de actividad limitada.

Si elijo la cobertura por enfermedad grave o indemnización por hospitalización, declaro que mis coasegurados elegibles y yo tenemos otra cobertura integral de beneficios de salud a través de una póliza de seguros, un plan HMO, o un plan de beneficio de salud del empleador. NOTA: La cobertura por enfermedad grave o indemnización por hospitalización no se puede emitir a una persona que no tenga una cobertura integral de beneficios de salud establecida.

Una copia de este formulario tendrá la misma validez que el original.

Hago constar que la información que he provisto en este formulario de inscripción es completa y verdadera. Entiendo que ningún proveedor de seguros podrá garantizar la cobertura, ajustar las tasas, los beneficios ni las disposiciones sin la aprobación por escrita de Principal Life Insurance Company.

Su firma X_____Fecha de la firma _____

© 2022 Principal Financial Services, Inc.

Instrucciones

Después de completar y firmar este formulario:

- El empleado conserva una copia del formulario
- La inscripción se entrega a Principal Life:
  - Use eService para enviar la información de inscripción en www.principal.com. El empleador conserva el formulario original.
  - O, envíe el formulario por email a groupbenefitsadmin@principal.com.
  - O, envíe el formulario original a Principal Life Insurance Company. El empleador conserva una copia del formulario.

© 2022 Principal Financial Services, Inc.

Formulario para cambios del empleado – CA

Principal Life Insurance Company

Dirección postal:
Des Moines, IA 50392-0002

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

Si necesita asistencia, llame al 800-243-1404 entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.

POR FAVOR USE TINTA NEGRA Y ESCRIBA LAS FECHAS EN ESTE FORMATO MM/DD/AAAA

Nombre de la compañía	Número de cuenta/unidad
WALL TO WALL, LLC	1112103

Información del empleado (cambio de nombre y dirección)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

Nombre nuevo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nueva dirección (calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)

Número de teléfono de casa	Número de teléfono móvil	Dirección de email

Complete para agregar, cancelar o cambiar la cobertura. Si se está inscribiendo por primera vez, por favor complete un Formulario de inscripción. NOTA: debe elegir la cobertura de empleado para elegir la cobertura de cualquier coasegurado.

Cobertura	**Empleado**	**Cónyuge, pareja de hecho registrada o pareja de hecho no registrada con el estado[1]**	**Hijos**
Seguro dental	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a[2]: _____ Cambiar a la fecha: _____	☐ Agregar ☐ Cancelar	☐ Agregar ☐ Cancelar
	En los últimos 12 meses, ¿usted, el solicitante, tuvo cobertura de ortodoncia colectiva continua (para usted o sus coasegurados) con una aseguradora anterior? ☐ sí ☐ no		
De cuidado de la vista	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a[2]: _____ Cambiar a la fecha: _____	☐ Agregar ☐ Cancelar	☐ Agregar ☐ Cancelar
De vida colectiva a término	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____

© 2023 Principal Financial Services, Inc.

Cobertura	Empleado	Cónyuge, pareja de hecho registrada o pareja de hecho no registrada con el estado[1]	Hijos
De vida voluntaria a término (VTL, por sus siglas en inglés)	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____ o _____ X salario	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____
Por discapacidad a corto plazo	☐ Agregar ☐ Cancelar Ocupación: _____ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____		
Por discapacidad a largo plazo	☐ Agregar ☐ Cancelar Ocupación: _____ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____		
Por enfermedad grave	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a: _____ Cambiar a la fecha: _____ $ _____	
Por accidente	☐ Agregar ☐ Cancelar	☐ Agregar ☐ Cancelar	☐ Agregar ☐ Cancelar
Indemnización por hospitalización	☐ Agregar ☐ Cancelar ☐ Cambiar a[2]: _____ Cambiar a la fecha: _____	☐ Agregar ☐ Cancelar	☐ Agregar ☐ Cancelar

Si solicita cobertura por enfermedad grave o indemnización por hospitalización, ¿usted o sus coasegurados aptos tienen otros beneficios de un contrato o póliza de seguro individual o colectivo que administre o proporcione cobertura médica, de hospital y quirúrgica, no designada para complementar otros planes privados o del gobierno que estén vigentes a la fecha de esta solicitud de cobertura por enfermedad grave o indemnización por hospitalización? NOTA: La cobertura por enfermedad grave o indemnización por hospitalización no se le puede otorgar a una persona que no tiene dicha cobertura vigente.

empleado: ☐ sí ☐ no cónyuge pareja de hecho registrada o pareja de hecho no registrada con el estado[1]: ☐ sí ☐ no

© 2023 Principal Financial Services, Inc.

Completar si la cobertura que se está agregando o cambiando se basa en el salario.

Salario $ _____ Modalidad de salario ☐ anual ☐ quincenal ☐ mensual ☐ semanal ☐ por hora

[1] "Cónyuge" incluirá a la pareja de hecho no registrada si el empleador permite esta cobertura. Si agrega a una pareja de hecho no registrada, por favor, adjunte una Declaración jurada de pareja de hecho/Anexo al formulario de inscripción (SP1843).

[2] El cambio se aplicará a todos los coasegurados que cumplan con los requisitos.

Productos con nicotina

¿Ha consumido productos con nicotina (incluyendo cigarrillos, cigarrillos electrónicos, pipa, puros o tabaco de mascar) en los últimos 12 meses?

Empleado: ☐ sí ☐ no Cónyuge, pareja de hecho registrada o pareja de hecho no registrada con el estado[1]: ☐ sí ☐ no

Razón por la que agrega o aumenta la cobertura

Fecha del evento

☐ matrimonio ☐ pérdida de otra cobertura colectiva[3] ☐ cambio en el trabajo

☐ nacimiento/adopción ☐ orden judicial (adjunte una copia) ☐ otro _____

☐ inscripción abierta (si está disponible)

[3]Por pérdida de otra cobertura colectiva complete lo siguiente:

Nombre de la aseguradora dental anterior	Fecha en que terminó la cobertura
Nombre de la aseguradora de vida anterior	Fecha en que terminó la cobertura
Nombre de la aseguradora de cuidado de la vista anterior	Fecha en que terminó la cobertura
Nombre de la aseguradora por enfermedad grave anterior	Fecha en que terminó la cobertura
Nombre de la aseguradora por accidente anterior	Fecha en que terminó la cobertura
Nombre de la aseguradora anterior que brindaba indemnización por hospitalización	Fecha en que terminó la cobertura

Completar si va a agregar o cancelar a un coasegurado (incluya el apellido si es diferente al apellido del empleado)

Nombre del coasegurado	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Parentesco
		☐ hombre ☐ mujer		☐ cónyuge ☐ pareja de hecho registrada con el estado ☐ pareja de hecho no registrada con el estado[1]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[4] ☐ hijo con discapacidad[5]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[4] ☐ hijo con discapacidad[5]
		☐ hombre ☐ mujer		☐ hijo ☐ niño tutelado[4] ☐ hijo con discapacidad[5]

© 2023 Principal Financial Services, Inc.

Completar si va a agregar o cancelar a un coasegurado (incluya el apellido si es diferente al apellido del empleado) - continuación

[4] Si marcó niño tutelado, ¿se le concedió la tutela temporal del niño por medio de una agencia de acogimiento familiar autorizada, o por una orden judicial? ☐ sí ☐ no

[5] Cuando su hijo con discapacidad del desarrollo o discapacidad física alcanza/supera la edad máxima, se debe completar un formulario de *Solicitud de continuidad de la cobertura para hijo con discapacidad*, que se revisará para determinar si le corresponde o no el beneficio.

Para determinar si los hijos con discapacidades (que superan la edad máxima) cumplen los requisitos, solicite a su empleador los formularios necesarios. **La legislación de California prohíbe que las compañías de seguros de salud soliciten o utilicen exámenes de VIH como condición para obtener cobertura de seguro médico.**

Designación de beneficiarios

Completar el Formulario de designación/cambio de beneficiarios (SP776) si se va a agregar cobertura de vida, cobertura por accidente con AD&D o si se va a cambiar de beneficiario.

Firma del empleado (lea y firme a continuación)

Entiendo y acepto las siguientes declaraciones:

- Mis coasegurados no son aptos para ninguna cobertura para la que yo no esté cubierto.
- Mis coasegurados, incluidos hijastros, menores tutelados y aquellos que sobrepasen la edad máxima cumplen con los requisitos para recibir la cobertura según las disposiciones de la póliza. Los requisitos para mis coasegurados que sobrepasen la edad máxima se verificarán cuando se envíen reclamos.
- Si cancelo la cobertura dental, de cuidado de la vista, por accidente, o indemnización por hospitalización, no puedo inscribirme otra vez hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si cancelo cualquier tipo de cobertura de vida, por discapacidad o enfermedad grave, podría solicitarla posteriormente; sin embargo, deberé presentar prueba de asegurabilidad, a mi cargo, y la entrada en vigor de la cobertura estará sujeta a la aprobación por parte de Principal Life Insurance Company.
- Si usted y su cónyuge o pareja de hecho registrada con el estado o pareja de hecho no registrada[1] trabajan en la misma compañía y son aptos para recibir beneficios, no se permite que obtengan ambos beneficios, como asegurado y coasegurado a la vez.
- Si usted y uno de sus padres trabajan en la misma compañía y son aptos para recibir beneficios, no se permite que obtengan ambos beneficios, como asegurado y coasegurado a la vez.
- Si cancelo la cobertura, no podré bajo ninguna circunstancia inscribirme en la póliza después de jubilarme.
- Si la póliza colectiva requiere que haga contribuciones, autorizo a mi empleador a deducirlas de mi sueldo.

Para la protección del asegurado, la ley de California requiere que en el formulario se incluya lo siguiente: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura de seguro o para hacer un reclamo por pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Declaro que la información que he provisto en este formulario de cambios es completa y verdadera. Entiendo que ningún agente ni corredor podrá garantizar la cobertura, ajustar las tarifas, los beneficios ni las disposiciones sin aprobación escrita de Principal Life.

Firma X _____ **Fecha de la firma** _____

Después de completar y firmar este formulario:

- El empleado conserva una copia del formulario
- Se entrega la inscripción a Principal Life:
  - Use eService para enviar la información de inscripción en www.principal.com. El empleador conserva el formulario original.
  - O, envíe el formulario por email a groupbenefitsadmin@principal.com.
  - O, envíe el formulario original a Principal Life Insurance Company. El empleador conserva una copia del formulario.

© 2023 Principal Financial Services, Inc.

Principal®

Dirección postal:
Des Moines, IA 50392-0002

Principal Life Insurance Company

Designación de beneficiarios de UTMA

Nombre de la compañía	**Número de cuenta/unidad**
WALL TO WALL, LLC	1112103

Información del empleado

Su nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social

NOTA: Este formulario es un suplemento para el formulario de inscripción y renuncia para empleados.

Ley UTMA - Beneficiario menor: COMPLETAR SOLAMENTE SI EL BENEFICIARIO MENCIONADO ANTERIORMENTE ES UN MENOR

Si cualquier ganancia es pagadera al beneficiario quien es entonces un "menor" tal como lo define la ley *Uniform Transfers to Minors Act* [ley uniforme de transferencia a menores], como se especifica en este formulario, tales ganancias se pagarán a _____

(Nombre)

_____

(Dirección)

como custodio de tal beneficiario:

(Marque solo una) Ver instrucciones en la página 2.

☐ bajo la ley *Uniform Transfers to Minor Act* de Iowa.

☐ bajo la ley *Uniform Transfers to Minor Act* del estado donde residirá el beneficiario al momento del pago. En el caso de que el beneficiario resida en California u Ohio al momento del pago, la custodia continuará hasta que el beneficiario alcance la edad de ____ para California (inserte 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 o 25) o _____para Ohio (inserte 18, 19, 20 o 21).

En el caso de que sea necesario un custodio sustituto, se designará a las siguientes personas según el orden en que sean nombradas:

Nombre	Dirección
Nombre	Dirección

Si no se especifica el estado anteriormente (ya sea por nombre o descripción), o si el estado especificado no ha promulgado la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, o si la ley del estado especificado no prevé dicho pago a un custodio, la custodia se establecerá según la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. Si la ley *Uniform Transfers to Minors Act* especificada requiere que la custodia del beneficiario termine en o antes del momento del pago, las ganancias pagaderas a dicho beneficiario se pagarán al beneficiario en vez del custodio.

Firma

Leer las instrucciones importantes de la página 2 antes de firmar.

Firma del empleado	Fecha de la firma

Nota: haga una copia de la página 1 para sus archivos y distribuya una copia al empleado.

Beneficiario menor– Instrucciones de la ley UTMA – Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Usted debería consultar con su abogado acerca de cómo llenar esta designación de beneficiario. Los comentarios siguientes son de naturaleza general y no pretenden constituir asesoría legal o reemplazar la asesoría legal.
2. **Cómo nombrar a un custodio y a sus sustitutos.** Se deberá nombrar a un custodio y consignarlo en el espacio en blanco que sigue a las palabras “pagado a” en la designación. Se recomienda enérgicamente que usted nombre al menos a un custodio sustituto (y preferiblemente a dos o más) en las líneas previstas para ese propósito. Un custodio sustituto servirá en el caso de que, en el momento del pago, el custodio principal haya fallecido o no pueda o no quiera proporcionar dicho servicio. El custodio (y cada sustituto) mencionado en la designación de beneficiario debería ser: (1) una persona adulta al presente o (2) una compañía fideicomisaria, como una institución financiera con un departamento de fideicomiso.
3. **Cómo especificar la ley estatal.** Usted deberá especificar que la custodia se establecerá bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa, independientemente del lugar de residencia del menor. Principal Life Insurance Company tiene su base en Iowa y, por lo tanto, puede transferir fondos a un custodio en cualquier estado para el beneficio de un menor en cualquier estado si la designación del beneficiario especifica que la transferencia deberá hacerse bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. La ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa define a un “menor” como a una persona que no ha cumplido los 21 años de edad.

   Alternativamente, usted podrá especificar que la custodia se establezca bajo las leyes de cualquier estado en el que el beneficiario viviera en el momento del pago. Si sucediera que en dicho estado no se ha promulgado la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, la designación especifica que la custodia se establecerá bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. Si existe alguna posibilidad de que el menor beneficiario pudiese vivir en California u Ohio en el momento del pago, usted podría querer especificar en el espacio o espacios en blanco la edad a la que terminaría la custodia (vea a continuación). La posibilidad de especificar la edad en la designación de beneficiario, es una característica exclusiva de la ley *Uniform Transfers to Minors Acts* de Ohio y California.

   El estado que se haya especificado en la designación afectará la edad en la que el beneficiario tendrá el control del dinero. Bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, tal y como ha sido promulgada en muchos estados, una custodia creada en aplicación de lo dispuesto en una designación de beneficiario, termina cuando el beneficiario alcanza la edad en la que es considerado mayor de edad (generalmente a los 18 años), aunque las custodias creadas de conformidad con una donación de por vida podrían terminar a una edad posterior. Sin embargo, bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa y en algunos pocos estados, una custodia creada de conformidad con una designación de beneficiario, continúa hasta que el beneficiario cumpla los 21 años de edad. Como se indica anteriormente, los nombramientos de custodios bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de California pueden especificar una edad de término de la custodia (hasta la edad de 25). Si no se especifica edad, en California, la custodia terminará a los 18 años. Las custodias bajo la ley *Transfers to Minors Act* de Ohio terminan a la edad de 21, a menos que en la designación de beneficiario se especifique que dicha custodia terminará a la edad de 18, 19 ó 20.

Designación/cambio de beneficiario

Principal Life Insurance Company
Des Moines, Iowa 50392-0002

Principal®

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

Si necesita asistencia, llame al 800-243-1404 entre las 7:30 a.m. y las 5:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.

Nombre de la compañía	**Número de cuenta/unidad**
WALL TO WALL, LLC	1112103

Información del empleado

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social

NOTA: Cualquier cambio de beneficiario que se haga a continuación reemplazará la designación de beneficiario previa.

Sección I **Designación de beneficiario de cobertura de vida colectiva** (Complete si tiene cobertura de vida colectiva. Si no se completa la sección II, los beneficiarios de esta sección corresponderán a todas las coberturas de vida colectivas).

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que aparece a continuación. Si designa a un menor como su beneficiario, por favor marque la casilla correspondiente y complete la sección de Beneficiarios menores de la página 4 de la ley *Uniform Transfers to Minors Act*.

Beneficiarios principales:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Sección II **Designación de beneficiarios de la cobertura de vida voluntaria a término** (Complete solo si desea asignar beneficiarios para su cobertura voluntaria de vida a término distintos a los beneficiarios de la cobertura de vida colectiva. Si no se completa esta sección, los beneficiarios de la sección I corresponderán a todas las coberturas de vida colectivas).

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que aparece a continuación. Si designa a un menor como su beneficiario, por favor marque la casilla correspondiente y complete la sección de Beneficiarios menores de la página 4 de la ley *Uniform Transfers to Minors Act*.

Beneficiarios principales:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Sección III **Designación de beneficiario en caso de accidente** (Complete si el seguro por accidentes incluye muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Si desea usar la misma designación de beneficiarios indicada para la cobertura de seguro de vida colectiva en la página 1, escriba "same as above" ("igual que la anterior") en la sección de beneficiario que aparece a continuación).

Todos los beneficiarios principales y contingentes, ya sean adultos o menores, deberán ser incluidos en la designación de beneficiarios que aparece a continuación. Si designa a un menor como su beneficiario, por favor marque la casilla correspondiente y complete la sección de Beneficiarios menores de la página 4 de la ley *Uniform Transfers to Minors Act*.

Beneficiarios principales:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre	Marque aquí si es un menor	Porcentaje	Parentesco
Dirección	Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento

Se reserva el derecho de hacer cambios en el futuro. Si se nombran dos o más beneficiarios, los beneficios se deberán pagar a los beneficiarios mencionados, al sobreviviente o sobrevivientes, en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario.

Si se designa a cualquier beneficiario como fideicomisiario, se entiende y acepta que Principal Life Insurance Company no deberá ser considerada parte de, ni estar obligada por, las condiciones del fideicomiso y además, los pagos de los beneficios netos de la mencionada póliza tras el fallecimiento del asegurado, al entonces beneficiario designado, deberán constituir un descargo total para la compañía mencionada.

Ley UTMA – Beneficiario menor: COMPLETAR SOLAMENTE SI EL BENEFICIARIO MENCIONADO ANTERIORMENTE ES UN MENOR

Si cualquier beneficio es pagadero al beneficiario, quien en ese entonces se considere un "menor" según la ley *Uniform Transfers to* Minors Act [ley unifrome de transferencia a menores], como se especifica en este formulario, tales beneficios se pagarán a

(Nombre)

(Dirección)

como custodio de tal beneficiario:

(Marque solo una) Ver instrucciones en la página 5.

☐ según la ley *Uniform Transfers to Minor Act* de Iowa.

☐ según la ley *Uniform Transfers to Minor Act* del estado donde residirá el beneficiario al momento del pago. En el caso de que el beneficiario resida en California u Ohio en el momento del pago, la custodia continuará hasta que el beneficiario cumpla la edad de ___ para California (inserte 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 o 25) o ___para Ohio (inserte 18, 19, 20 o 21).

En el caso de que sea necesario un custodio sustituto, se designará a las siguientes personas según el orden en que sean nombradas:

Nombre	Dirección
Nombre	Dirección

Si no se especifica el estado anteriormente (ya sea por nombre o descripción), o si el estado especificado no ha promulgado la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, o si la ley del estado especificado no prevé dicho pago a un custodio, la custodia se establecerá según la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. Si la ley *Uniform Transfers to Minors Act* especificada requiere que la custodia del beneficiario termine en o antes del momento del pago, los beneficios pagaderos a dicho beneficiario se pagarán al beneficiario en vez del custodio.

Sección IV Firma

Leer las instrucciones importantes de la página 5 antes de firmar.

Firma del empleado

Fecha

Nota: guarde una copia de las páginas 1, 2, 3 y 4 en sus archivos y distribuya una copia al empleado.

Beneficiario menor– Instrucciones de la ley UTMA – Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Si desea, puede consultar con su abogado acerca de cómo llenar esta designación de beneficiario. Los siguientes comentarios son generales y no pretenden constituir asesoría legal ni reemplazar la asesoría legal.
2. **Cómo nombrar a un custodio y a sus sustitutos.** Se deberá nombrar a un custodio y consignarlo en el espacio en blanco que sigue a las palabras "pagado a" en la designación. Se recomienda enfáticamente que usted nombre al menos a un custodio sustituto (y preferiblemente a dos o más) en las líneas proporcionadas para ese propósito. Un custodio sustituto servirá en el caso de que, en el momento del pago, el custodio principal haya fallecido o no pueda o quiera proporcionar dicho servicio. El custodio (y cada sustituto) mencionado en la designación de beneficiario debería ser: (1) una persona que sea adulta en ese momento o (2) una compañía fiduciaria, como una institución financiera con un departamento fiduciario.
3. **Cómo especificar la ley estatal.** Usted deberá especificar que la custodia se establecerá bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa, independientemente del lugar de residencia del menor. Principal Life Insurance Company tiene su base en Iowa y, por lo tanto, puede transferir fondos a un custodio en cualquier estado para el beneficio de un menor en cualquier estado si la designación del beneficiario especifica que la transferencia deberá hacerse bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. La ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa define a un "menor" como a una persona que no ha cumplido los 21 años de edad.

   Alternativamente, usted podrá especificar que la custodia se establezca bajo las leyes de cualquier estado en el que el beneficiario viviera en el momento del pago. Si sucediera que en dicho estado no se ha promulgado la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, la designación especifica que la custodia se establecerá bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa. Si existe alguna posibilidad de que el beneficiario menor de edad pudiese vivir en California u Ohio en el momento del pago, usted puede especificar en el espacio o espacios en blanco la edad a la que terminaría la custodia (vea a continuación). La posibilidad de especificar dicha edad en la designación de beneficiario, es una característica exclusiva de las leyes *Uniform Transfers to Minors Acts* de Ohio y California.

   El estado especificado en la designación afectará la edad en la que el beneficiario tendrá el control del dinero. Según la ley *Uniform Transfers to Minors Act*, tal y como ha sido promulgada en muchos estados, una custodia creada según lo dispuesto en una designación de beneficiario, termina cuando el beneficiario cumple la edad en la que es considerado mayor de edad (generalmente los 18 años), aunque las custodias creadas de conformidad con una donación de por vida podrían terminar a una edad posterior. Sin embargo, bajo la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de Iowa y en algunos pocos estados, una custodia creada de conformidad con una designación de beneficiario, continúa hasta que el beneficiario cumpla los 21 años de edad. Como se indica anteriormente, los nombramientos de custodios según la ley *Uniform Transfers to Minors Act* de California pueden especificar una edad de finalización de la custodia (hasta los 25 años de edad). Si no se especifica edad, en California, la custodia terminará a los 18 años. Las custodias según la ley *Transfers to Minors Act* de Ohio terminan a la edad de 21, a menos que en la designación de beneficiario se especifique que dicha custodia terminará a la edad de 18, 19 ó 20.

Ejemplos de designaciones de beneficiarios

Al realizar una designación, utilice nombres completos como María Rodríguez, no Sra. de Juan Rodríguez e incluya la dirección y parentesco que los beneficiarios tienen con usted.

Beneficiario propuesto	**Redacción sugerida para el "nombre" del beneficiario.**
Patrimonio del asegurado	Mi patrimonio
Fideicomiso con fiduciarios individuales	Rodrigo Díaz y Jorge Sánchez, fiduciarios, o un sucesor en el fideicomiso (Nombre del fideicomiso) establecido el XX/XX/XXXX
Fideicomiso presente o en vida	ABC Bank & Trust Company, Des Moines, Iowa. Fiduciario del (Nombre del fideicomiso) establecido el XX/XX/XXXX
Fideicomiso testamentario	Fiduciario del fideicomiso de María López o sucesor en el fideicomiso establecido por la última voluntad y testamento del asegurado en la fecha XX/XX/XXXX

Tus beneficios dentales

Escanea el código para ver información sobre el seguro dental.

Titular de la póliza/Tomador: Wall to Wall, LLC

Seguro dental
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero
Este resumen se creó en 10/24/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

¿En qué me sirve?

El seguro dental ayuda a pagar todos o una parte de los costos relacionados con el cuidado dental, desde limpiezas de rutina hasta tratamientos de conducto.

Requisitos						
Empleados que cumplen con los requisitos	Empleados activos, a tiempo completo					
	Año calendario			Coseguro que la póliza paga		
	Organización de proveedores exclusivos (EPO)	Dentro de la red	Fuera de la red	Organización de proveedores exclusivos (EPO)	Dentro de la red	Fuera de la red
Preventivos	$0	$0	$0	100%	100%	100%
Básico	$50	$50	$75	80%	80%	80%
Exhaustivo	$50	$50	$75	50%	50%	50%
Ortodoncia	$0	$0	$0	50%	50%	50%
Disposiciones adicionales						
Deducible familiar	3 veces la cantidad deducible por persona.					
Deducible combinado	Se combinan los deducibles que están dentro de la red servicios basico y exhaustivo. Se combinan los deducibles que están fuera de la red servicios basico y exhaustivo. Sus servicios aplicados al deducible dentro de la red se aplicarán al deducible fuera de la red y viceversa.					

Máximos combinados	Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios EPO se combinan. Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios dentro de la red se combinan. Su máximo por año calendario para preventivos, basico, y exhaustivos servicios fuera de la red se combinan. Por año calendario las cantidades máximas para EPO son de $2,000 por persona, por año calendario las cantidades máximas para los PPO dentro de la red son de $2,000 por persona, o por año calendario las cantidades máximas para los PPO fuera de la red son de $2,000 por persona. Sus servicios aplicados al máximas dentro de la red se aplicarán al máximas fuera de la red y viceversa.
Cantidad máxima de por vida para ortodoncia	$2,500 cantidad máxima para EPO / $2,500 cantidad máxima para PPO dentro de la red / $2,500 cantidad máxima para PPO fuera de la red
Acumulación máxima	Incluido
Tipo de plan	No programado

¿Quién puede comprar cobertura?

- El asegurado puede comprar cobertura si es un empleado activo, a tiempo completo. Los empleados de temporada, temporales o contratistas no cumplen con los requisitos.
  - o Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.
  - o El asegurado debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que cumpla con los requisitos. Si no, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si ya tiene cobertura, el asegurado puede comprar cobertura para sus coasegurados, si no están internados en el hogar, hospital o centro de enfermería especializado (a esto se le llama periodo de actividad limitada)

También puede haber requisitos adicionales.

¿Qué procedimientos están cubiertos y con qué frecuencia?

Preventivos	
Exámenes de rutina	Dos por año calendario
Limpiezas de rutina	Dos por año calendario
Radiografía de aleta de mordida	Una por año calendario
Radiografías de toda la boca	Una vez cada 60 meses
Fluoruro	Una por año calendario (se cubre solamente para hijos coasegurados menores de 14 años)

Selladores	Se cubren solamente para hijos coasegurados menores de 14 años, una vez por diente cada 36 meses
Exámenes de emergencia	Sujeto al límite de frecuencia de los exámenes de rutina

Básica	
Mantenimiento periodontal	Si han trascurrido tres meses desde el tratamiento periodontal quirúrgico activo
Empastes	Reemplazos de empastes cada 24 meses
Cirugía oral	Sencilla y compleja
Anestesia general /Sedación por vía intravenosa	Se cubre solo para procedimientos específicos
Endodoncia simple	Tratamiento de conducto para los dientes anteriores
Endodoncia compleja	Tratamiento de conducto para los dientes molares
Periodoncia no quirúrgica, incluye raspado y alisado radicular	Una vez por cuadrante cada 24 meses
Procedimientos quirúrgicos periodontales	Una vez por cuadrante cada 36 meses
Aparato corrector de hábito nocivo	Cobertura solo para hijos coasegurados menores de 14 años

Exhaustivo	
Coronas	Cada 120 meses por diente si no se puede reparar el diente con un empaste
Reconstrucción dental	Cada 120 meses por diente
Implantes	Cada 120 meses por diente
Puentes	120 meses de colocados (colocación inicial / reemplazo)
Dentaduras postizas	60 meses de colocadas (colocación inicial / reemplazo)
Reparaciones	Dentaduras postizas parciales, puentes, coronas, arreglos, amalgamas, acondicionamiento de tejidos y ajuste de puentes/dentaduras postizas, dentro de los límites de la póliza

Ortodoncia	
Cobertura	Para el asegurado y sus coasegurados.

Beneficios adicionales

Cargo predominante	Cuando el asegurado recibe atención de un proveedor fuera de la red, los beneficios se basarán en el 99th percentil de los cargos normales y usuales.
Acumulación máxima	Una parte del beneficio máximo que no se ha usado se puede traspasar al siguiente año. Para calificar, se debe haber recibido un servicio dental dentro del año calendario y haber usado menos que el límite máximo. El límite equivale al 50% del beneficio máximo fuera de la red o $1,000, lo que sea menor. Si se cumple con la calificación, el 50% de la cantidad límite se traspasa para el beneficio máximo del siguiente año. Las personas con fechas de entrada en vigor en el cuarto trimestre comenzarán a calificar para hacer traspasos al principio del siguiente año calendario. Puedes acumular como máximo cuatro veces la cantidad traspasada. La cantidad total acumulada se perderá si no se solicita ningún servicio dental dentro del año calendario.
Programa periodontal	Si la persona asegurada está embarazada, tiene diabetes o alguna enfermedad del corazón, puede recibir servicios de raspado y alisado radicular cubiertos al 100% (si son odontológicamente necesarios), o una limpieza adicional (de rutina o periodontal) sujeta al deducible y el coseguro.
Programa de segunda opinión	El asegurado puede ser apto para obtener segundas opiniones de proveedores dentales cubiertas al 100%. Este programa garantiza que se obtengan los mejores consejos para tomar decisiones informadas sobre el cuidado odontológico.
Programa de salud oral para tratamientos contra el cáncer	Si el asegurado tiene cáncer y está recibiendo quimioterapia o terapia de radiación de cabeza o cuello, puede recibir hasta tres tratamientos de flúor cada 12 meses cubiertos al 100% más una limpieza de rutina adicional.
Programa de anestesia general	Si presentas autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular o espina bífida, pudieras tener cobertura para recibir anestesia general o sedación intravenosa. Los servicios deben prestarse en la consulta odontológica. Tiene vigencia toda otra limitación contractual.

¿Cómo encuentro a un dentista dentro de la red?

Cuando el asegurado reciba atención de un dentista perteneciente a nuestra red, es posible que los costos sean más bajos porque los dentistas dentro de la red aceptan reducir sus honorarios para prestar los servicios dentales y no cobrar la diferencia. El asegurado acceso a la red Principal Plan Dental, que cuenta con más de 117,000 dentistas a nivel nacional. Para encontrar un dentista, favor de visitar principal.com/dentist (para español, hacer clic en “Spanish”) o llamar al 800-247-4695.

¿Qué hago si mi dentista no está dentro de la red?

Se puede referir a ese dentista a nuestra red. Favor de enviar el nombre y la información del dentista llamando al 800-247-4695 o llenando un formulario en principal.com/refer-dental-provider.

¿Cuáles son las limitaciones y excepciones de la cobertura?

- Disposición sobre dientes faltantes: se refiere a que los servicios de colocación inicial de puentes, dentaduras postizas, ya sean parciales o completas, y los implantes para reemplazar dientes faltantes podrían quedar sin cobertura antes de que esta entre en vigor. Si la póliza que el empleador compró va a reemplazar la cobertura con otra aseguradora, es posible que la cobertura continua de la póliza anterior corresponda y el asegurado pueda tener cobertura para el reemplazo de dientes faltantes antes de la entrada en vigor de esta nueva cobertura. Para determinar la cobertura, utilizamos la fecha de entrada en vigor con tu empleador actual y la fecha de entrada en vigor del empleador con Principal. La disposición de dientes faltantes no corresponde para los beneficios pediátricos esenciales.
- Las limitaciones de frecuencia de los servicios se calculan para el mes y la fecha exacta a partir de la última fecha de servicio o la fecha de colocación.

La cobertura incluye limitaciones adicionales. Por favor, consulta el cuadernillo para obtener más información. Con el fin de determinar los beneficios, recomendamos encarecidamente que se envíe una predeterminación de estos.

AVISO DE CUADERNILLO/CERTIFICADO
SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

El estado de California le brinda al asegurado el derecho de hacer una solicitud para que le enviemos comunicaciones de información confidencial de atención médica a través de formas alternativas o a una ubicación alternativa.

Para hacer esta solicitud, debe completar, firmar y enviar un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales (Confidential Communications Request). Tanto el formulario como las instrucciones para completarlo y enviarlo se encuentran en nuestro sitio web: https://www.principal.com/help/help-individuals/find-form en “Restringir el acceso a información privada de salud” (“Restrict access to Private Health Information”).

Si necesita ayuda para encontrar el formulario, por favor llamar al 1-800-843-1371.

Este aviso es solo informativo, no es una parte ni condición de este cuadernillo/certificado.

GH 198 CCR CA

¿Cuáles son las restricciones de mi cobertura?

Ortodoncia	Si en la fecha de entrada en vigor de la cobertura hay un tratamiento de ortodoncia en curso, y el asegurado tiene cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior, tendrá cobertura inmediata para el tratamiento una vez que envíe una prueba que demuestre que: 1) No se ha excedido el máximo vitalicio de cualquier cobertura colectiva anterior, 2) El tratamiento de ortodoncia comenzó y las bandas o aparatos correctores se colocaron mientras la persona estaba asegurada con alguna cobertura colectiva anterior, y 3) El tratamiento ha continuado mientras la persona haya estado asegurada con esta póliza. Principal Life acreditará los pagos que haga la aseguradora anterior hacia el límite de pago vitalicio de ortodoncia de Principal Life. El asegurado no tendrá cobertura si el tratamiento está en curso antes de la fecha de entrada en vigor con Principal Life y no tienes cobertura para ortodoncia con alguna cobertura colectiva anterior.

La cobertura tiene limitaciones adicionales. Se incluye una lista completa en el cuadernillo.

Principal®

principal.com

Este es un resumen de la cobertura dental del seguro por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, favor de consultar el cuadernillo de beneficios.

© 2024 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392

Simplify your dental care experience.

Let's face it, for many of us, visiting the dentist isn't our favorite activity. That's why the insurance side of the experience should be simple—and we get that.

This handy step-by-step guide can help you better understand your dental insurance journey.

Path 1: You need a routine visit.

They say an ounce of prevention is worth a pound of cure. Seeing your dentist regularly for routine care helps you avoid problems down the line. So, how do you make it happen?

1 | **Find a network dentist.**

Your out-of-pocket costs could be lower.

Check your ID card for your network AND go to **principal.com/dentist**

OR

Give us a call: **800-247-4695**

2 | **Confirm network participation.** When you schedule your appointment, confirm the provider is still in the network at your specific location.

3 | **Make sure you're eligible.** Depending on your policy, it may be too soon to schedule an appointment.

Example 1: One check-up every 6 months

Example 2: Check-ups twice a year

Eligible for one more check-up anytime until the **next Jan. 1**

Path 2: You need dental work.

When your teeth need special treatment, it's up to you and your dentist to decide what work needs to be done.

What are your next steps?

1. Talk to your dentist about submitting a **pre-determination.**
2. Remind your dentist to provide supporting documentation.
3. Plan for a processing period of 10 to 14 business days.
4. Call us with questions at 800-247-4695.

What's a pre-determination?

It's a review of the claim by a licensed dentist to determine if the procedure is dentally necessary and will be covered by your insurance.

Why do I need one?

- Prevents surprises about what will be paid
- Details the costs we cover and what you're responsible for, such as deductible, co-insurance, or non-covered services

Path 3: You need more information.

You're not in this alone. Have questions? We have answers.

Call us at 800-247-4695.

Send us a note via principal.com/contact-us.

We'll get back to you within 24-48 hours.

Download the Principal® app!

It's free and compatible with both Android and Apple devices. Look for it in Google Play or the Apple App Store.

Log in or create an account at principal.com.

Principal®

principal.com

Insurance products issued by **Principal Life Insurance Company®**, a member of the Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

This is an overview of the benefits dental insurance provides, but there are limitations and exclusions. For additional details, contact your employer. Colorado and West Virginia residents: view your state mandated access plan at principal.com/accessplans or call 800-247-4695 to request a copy. Oregon policy form GC 7100-1 (0415) .

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

06/2023 | 2733976-062023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Principal®

Dental insurance

Extra dental care when you need it most

Vouchers for dental care

Having a healthy smile isn't always as easy as you'd like it to be. Certain health conditions may result in the need for extra oral health care. And sometimes you want a second opinion to be sure you're making the right decision. That's where your dental insurance from Principal® can help. Talk with your dentist about the voucher program, which provides you and your covered dependents with the extra care you need to maintain good oral health.

How can I benefit?

- **Periodontal program.** Members who are pregnant—or those who have diabetes or heart disease—receive scaling and root planing covered at 100% (if dentally necessary). Or, they receive one additional cleaning (routine or periodontal), subject to deductible and coinsurance.*
- **General anesthesia program.** All members who have autism, Down syndrome, cerebral palsy, muscular dystrophy, or spina bifida may receive general anesthesia or intravenous sedation coverage. Services must be administered in a dental office.
- **Cancer treatment oral health program.** Members with cancer who are undergoing chemotherapy or head/neck radiation therapy receive up to three fluoride treatments every 12 months covered at 100%, plus one additional routine cleaning.*
- **Second opinion program.** All members are eligible for second opinions from dental providers at 100%. This program helps you to make an informed decision about your care.*

* Voucher benefits are applied to the benefit period maximum.

Using the voucher program

Most dentists submit the voucher on your behalf. If you need to submit it yourself, fill out the form below and follow the instructions on the back. **Important: the dentist needs to sign the form for correct claim processing.**

1 Check which voucher program applies to you.

☐ **Periodontal program**	Which condition(s) apply? ☐ Pregnancy ☐ Diabetes ☐ Heart disease	Which service was performed? ☐ Routine cleaning ☐ Periodontal cleaning ☐ Scaling and root planing
☐ **General anesthesia program**	Which condition(s) apply? ☐ Autism ☐ Down syndrome ☐ Cerebral palsy ☐ Muscular dystrophy ☐ Spina bifida	Which covered service(s) was performed? ☐ Any covered service
☐ **Cancer treatment oral health program**	Which conditions(s) apply? ☐ Chemotherapy ☐ Head/neck radiation	Which services were performed? ☐ Routine cleaning ☐ Fluoride treatment
☐ **Second opinion program**		

❷ Complete this section with your dentist.

Date of service _____ Patient ID/Account number _____

Patient name _____

Dentist signature _____

Need to submit the voucher yourself?

Send these items to our address below after your dental visit:

- This completed voucher signed by your dentist
- A completed claim form from your dentist

Principal Life Insurance Company
P.O. Box 10357
Des Moines, IA 50306-0357

Principal®

principal.com

Insurance from Principal® is issued by **Principal Life Insurance Company®**, Des Moines, IA 50392.

Dental insurance has limitations and exclusions. For further details about vouchers available with your dental coverage, contact Principal Life or ask your employer.

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

GP62060-03 | 11/2022 | 2579382-112022 | © 2022 Principal Financial Services, Inc.

Tus beneficios de cuidado de la vista

Escanea el código para ver información sobre el seguro para el cuidado de la vista.

Titular de la póliza/Asegurado: Wall to Wall, LLC

Seguro colectivo de cuidados de la vista
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero
Este resumen se creó en 10/24/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

¿Qué tengo a mi disposición?

El seguro de cuidado de la vista se proporciona a través de Principal® y VSP® *Vision Care*. Este brinda variedad, flexibilidad y ahorro a través de médicos de VSP.

Si compras esta cobertura, una red establecida de médicos de VSP te brindarán y a tus coasegurados un cuidado de calidad.

Red preferente de VSP Choice	
Exámenes	Cada 12 meses, tienes completa cobertura para un examen una vez satisfecho el copago de $10
Anteojos recetados Lentes: cubre un par cada 12 meses Marcos: cobertura desde $150 cada 24 meses; 20% de descuento sobre el máximo permitido[1]	Copago $25 • Lentes monofocales • Lentes bifocales con línea • Lentes trifocales con línea • Lentes lenticulares • Lentes de fibra de policarbonato para coasegurados menores de 18 años
Mejoras de lentes	La cobertura incluye lentes progresivos estándar una vez cada 12 meses con un copago de $0.[1] Las mejoras más populares en lentes se cubren después de un copago, lo que ahorra a nuestros asegurados un 30% en promedio.[1]
Lentes de contacto electivos	Cobertura hasta por $150 cada 12 meses. Se pueden elegir lentes de contacto en lugar de anteojos.
Prueba y evaluación de lentes de contacto	Hasta $60 de copago
Lentes de contacto necesarios	Cobertura total cada 12 meses una vez satisfecho el copago de $25 . Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes.

[1]Esto puede variar según las leyes estatales y la ubicación del proveedor. Es posible que los ahorros no se puedan aplicar en algunas cadenas minoristas participantes.

¿Quién puede comprar cobertura?

- Puedes comprar la cobertura si eres un empleado activo, a tiempo completo. Los empleados por temporada, temporales o contratistas no cumplen con los requisitos.
  - Se te considerará como trabajador activo incluso en ausencia por tener día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que estés en cumpliendo con tus tareas normales y hayas trabajado el día anterior a la fecha de ausencia en el trabajo.
  - El asegurado debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que cumpla con los requisitos. Si no, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.
- Si tienes la cobertura, puedes comprar cobertura para tus dependientes.

También puede haber requisitos adicionales.

¿Cuál es la diferencia entre lentes de contacto necesarios y electivos?

- Electivos: cuando la vista se puede corregir con anteojos, pero se usan lentes de contacto.
- Necesarios: cuando la vista no se puede corregir con anteojos debido a problemas extremos de la vista.

¿Por qué se cobra un copago adicional por la prueba y evaluación de lentes de contacto?

- Las personas que usan lentes de contacto requieren de una evaluación adicional en cuando a mediciones de los ojos, así como posibles citas de seguimiento para probar y entrenarse en el uso apropiado de los lentes de contacto.
- Con los proveedores dentro de la red, no pagarás más de $60 por estos servicios adicionales.

¿Son los beneficios iguales para todos los doctores VSP?

- Sí, excepto Costco®, Walmart®, y Sam's Club®. El descuento para marcos en estos establecimientos es de $80 lo que es equivalente a una asignación de $150 en otras oficinas de doctores VSP. No todos los proveedores en las cadenas minoristas participantes se encuentran dentro de la red para servicios de exámenes.
- Los beneficios pueden variar según la ubicación debido a leyes estatales.

¿Cómo encuentro a un doctor VSP?

- Visita vsp.com para localizar a los doctores VSP más cercanos a ti o para averiguar si tu médico de cuidado de la vista actual está dentro de la red VSP.
  - Deberás escoger la red de doctores "Choice" para ver a los doctores VSP correspondientes a tu cobertura.
- Llama al 800-877-7195.

¿Obtendré una tarjeta de identificación?

- Sí, tu tarjeta tendrá un número único de identificación de miembro que tu doctor usará para verificar beneficios.

¿Mi doctor enviará el reclamo?

- Si eres atendido por un doctor VSP, ellos enviarán el reclamo por ti.
- Si eres atendido por alguien fuera de la red VSP, eres responsable de enviar tu propio reclamo. Puedes obtener ese formulario en vsp.com después de ingresar como miembro usando tu identificación de miembro. O llama al 800-877-7195.

¿Existen ahorros adicionales con VSP?

- Anteojos y lentes de sol: puedes ahorrar un promedio de 20-25% de descuento en anteojos y lentes de sol a través de cualquier doctor VSP, dentro de los 12 meses siguientes a tu último examen de la vista cubierto.
- Corrección de la vista con láser: puedes recibir un descuento promedio de 15% del precio regular y 5% del precio promocional. Estos descuentos solo se obtendrán en las clínicas contratadas. Visita VSP.com e inscríbete con tu identificación de miembro para conocer las promociones que se ofrecen para corrección de la vista con láser y buscar una clínica contratada.

Estos ahorros pueden variar según leyes estatales y la ubicación del proveedor.

¿Qué beneficios recibo si mi doctor no está dentro de la red VSP?

Cargos cubiertos	Beneficio	Frecuencia
Exámenes	Hasta $45	Una vez cada 12 meses
Lentes monofocales	Hasta $30	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes bifocales con línea	Hasta $50	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes trifocales con línea	Hasta $65	Un par de lentes cada 12 meses
Lentes lenticulares	Hasta $100	Un par de lentes cada 12 meses
Marcos	Hasta $70	Un par de lentes cada 24 meses
Lentes de contacto electivos	Hasta $105	Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes
Lentes de contacto necesarios	Hasta $210	Los lentes de contacto son en lugar de marcos y lentes

¿Cuáles son las limitaciones de mis beneficios?

- No están cubiertos los análisis o ayudas ópticas que no sean médicamente necesarios.
- No se pagarán beneficios por:
  - anteojos no recetados
  - tratamiento médico de la vista o quirúrgico
  - reclamos enviados por un médico miembro de tu familia.

El presente documento es solamente un resumen de los beneficios. Para ver toda la información sobre los beneficios y las limitaciones, por favor consultar el cuadernillo.

AVISO DE CUADERNILLO/CERTIFICADO
SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

El estado de California le brinda al asegurado el derecho de hacer una solicitud para que le enviemos comunicaciones de información confidencial de atención médica a través de formas alternativas o a una ubicación alternativa.

Para hacer esta solicitud, debe completar, firmar y enviar un formulario de Solicitud de comunicaciones confidenciales (Confidential Communications Request). Tanto el formulario como las instrucciones para completarlo y enviarlo se encuentran en nuestro sitio web: https://www.principal.com/help/help-individuals/find-form en “Restringir el acceso a información privada de salud” (“Restrict access to Private Health Information”).

Si necesita ayuda para encontrar el formulario, por favor llamar al 1-800-843-1371.

Este aviso es solo informativo, no es una parte ni condición de este cuadernillo/certificado.

GH 198 CCR CA

Principal®

principal.com

vsp vision care

Este es un resumen de la cobertura de visión asegurada por o con servicios administrativos proporcionados por Principal Life Insurance Company. Este esquema es una breve descripción de su cobertura. No es un contrato de seguro o una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y exclusiones de la cobertura. Si hay una discrepancia entre la política y este documento, prevalecerá la disposición de la política real. Para obtener detalles completos de la cobertura, consulte el folleto.

© 2024 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392.

Principal®

Seguro de cuidado de la vista

Pon la mirada en la salud de tus ojos

La cobertura de cuidado de la vista te brinda opciones en exámenes y lentes con los proveedores.

Por ejemplo, cuando se trata de elegir a tu oculista y tus lentes. El seguro Managed Care Vision a través de Principal® y VSP® Vision Care, te da libertad de elegir.

Ya sea que quieras visitar al oftalmólogo o que quieras disfrutar de la conveniencia de comprar en línea, cuenta con nuestro respaldo. Mediante una red de proveedores ya establecida, recibirás cuidado del más alto nivel con los costos de bolsillo más bajos.[1]

VSP

Instalaciones con servicio completo que garantizan una excelente experiencia al brindar un examen WellVision Exam® que puede ayudar a detectar señales de problemas de los ojos y de salud en general, como una posible diabetes. Asimismo, cuentan con una amplia selección de lentes y acceso a cuidados de emergencia las 24 horas del día.

- Se pueden programar citas temprano en la mañana, tardes o fines de semana con 91% de los proveedores.
- Grandes ahorros y ofertas en marcos para lentes de las marcas más reconocidas, lentes de contacto y lentes de sol.
- Gestión médica integrada con Health-Focused Care de VSP.
- Otros $20 que puedes utilizar en marcos de lentes de marca como bebe®, Calvin Klein®, Flexon®, Lacoste®, Nike®, Nine West ® y más.[2]
- Descuento adicional del 20% en marcos para lentes.

COMPRAS ONLINE

Con Eyeconic®, disfrutas la conveniencia de comprar en línea además del toque personal de la red de médicos VSP. Visita eyeconic.com®.

- Envío y devoluciones gratuitas.
- Herramienta virtual para probarte los lentes.
- Ajuste de marcos o consulta de lentes de contactos gratuitas
- Precios todo-incluido.
- Un promedio de $220 en ahorros (comparado con los gastos de bolsillo sin el seguro de VSP).

CADENAS MINORISTAS

Más de 5,500 localidades de cadenas minoristas, más de 4,700 localidades de cadenas independientes en todo el país.

- No se necesitan formularios, solo pagas los copagos, los costos que sobrepasen las cantidades de cobertura o lo que no esté cubierto.
- Los socios minoristas incluyen a Walmart, Sam's Club, Costco® Optical, Visionworks®, Wisconsin Vision, Heartland Vision, RxOptical®, Cohen's Fashion Optical®, Pearle Vision, y Shopko

FUERA DE LA RED

La cobertura incluye un calendario de reembolsos con cualquier proveedor fuera de nuestra red.

- Visita **VSP.com** o llama al **800.877.7195** para presentar un reclamo.

Cómo acceder a tus beneficios de cuidado de la vista

Puedes informarte de tus beneficios, ubicar a los proveedores VSP de la red cerca de ti y utilizar tus beneficios en tres pasos sencillos.

1 Accede a tus beneficios
- › Visita vsp.com y haz clic en “Create an account” (Crear tu cuenta).
- › Sigue las instrucciones para registrarte con tu identificación de asegurado que se encuentra en tu tarjeta de cuidado de la vista.

2 Busca a los proveedores
- › Visita **vsp.com** o **principal.com/vsp**.
- › Ingresa tu código postal o dirección y haz clic en Buscar.

3 Utiliza tus beneficios
- › Programa una cita con el proveedor de tu elección.
- › En la cita, presenta tu tarjeta de cuidado de la vista y recuérdale al proveedor que busque tus beneficios utilizando tu identificación de asegurado indicada en tu tarjeta (no tu número de Seguro Social).

¿Prefieres tener acceso a tu tarjeta de identificación de cuidado de la vista en un dispositivo móvil? Es muy sencillo.

1. Crea tu nombre de usuario y contraseña en **principal.com.**
2. Descarga la aplicación Principal® de la tienda Apple® o Google Play™.
3. Ingresa a la aplicación utilizando tu nombre de usuario y contraseña en **principal.com.**

Comunícate | Comunícate con tu empleador o llama al servicio de atención al asegurado de VSP al **800-877-7195**.

[1] según tus opciones de cobertura y los promedios nacionales de exámenes de la vista y marcas más comúnmente adquiridas.

[2] solo disponible para asegurados de VSP con los beneficios de la póliza vigentes. *Las marcas y promociones de los marcos están sujetas a cambios. Los ahorros son con base en el precio minorista del médico y varían según la póliza y elección de compra; el promedio en ahorros se determina después de aplicarse los beneficios. Solicita más detalles con tus médicos de la red VSP.

La cobertura con una cadena minorista puede ser diferente o no corresponder. Ingresa en vsp.com para revisar tus beneficios y confirmar su vigencia y para confirmar las localidades de red con base en el tipo de póliza, VSP garantiza la cobertura de parte de proveedores en la red VSP solamente. La información de la cobertura está sujeta a cambios. En caso de existir conflicto entre la presente información y el contrato con VSP de tu organización, prevalecen los términos del contrato. Con base en las leyes vigentes, los beneficios pueden variar según la ubicación. En el estado de Washington, VSP Vision Care, Inc., es el nombre legal de la corporación a través de la cual VSP conduce sus negocios.

Principal®

principal.com

El seguro Managed Care Vision lo emite **Principal Life Insurance Company®**, Des Moines, Iowa 50392 y lo administra VSP. Principal Life es una compañía de Principal Financial Group®.

Esta póliza tiene limitaciones y excepciones. Para conocer los detalles completos y costos de la cobertura, consulta con tu empleador.

El uso de este folleto no está aprobado en Arizona. Formulario de póliza en Oregón GC 9000 (1013).

La aplicación de Principal® está disponible para iPhone® y AndroidTM. Apple® y iPhone son marcas registradas de Apple Inc. Android es una marca comercial de Google LLC. VSP no es una compañía de Principal Financial Group®.

vsp vision care

VSP, Eyeconic, eyeconic.com y WellVision Exam son marcas registradas de Vision Service Plan. Flexon es una marca registrada de Marchon Eyewear, Inc. Todas las demás marcas y los nombres de las compañías son marcas registradas de sus respectivos dueños.

Principal®, Principal Financial Group®, Principal y el diseño de su logotipo son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

English GP1270-07 | 09/2022 | 2396430-092022
© 2022 Principal Financial Services, Inc.

Tus beneficios de seguro de vida

Escanea el código para ver información sobre el seguro de vida.

Titular de la póliza: Wall to Wall, LLC

Seguro colectivo de vida a término
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero.
Este resumen se creó en 10/24/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

¿En qué me sirve?

Protege lo que más te importa en la vida: tus seres queridos. Si algo te llegara a suceder, los fondos de tu seguro de vida irían a las personas que hayas designado como beneficiarios.

	Beneficio	Cantidad garantizada[1]	Reducción del beneficio[2]
El aseguardo	$150,000	Si el asegurado es menor de 70 años: $150,000 Si el asegurado tiene 70 años o más: La cantidad menor entre $150,000 o la cantidad con la aseguradora anterior	Reducción del 35% a los 70 años con una reducción adicional del 20% a los 75 años

[1]Cantidad de cobertura que el asegurado puede comprar dentro de los 31 días de los requisitos iniciales sin tener que proporcionar información de salud.
[2]A medida que el asegurado envejece, la cantidad de beneficio de seguro de vida disminuye.

¿Quién recibe cobertura?

- El asegurado recibirá cobertura si el asegurado es un empleado activo, a tiempo completo. Los empleados por temporada, contratistas o temporales no reúnen los requisitos.
  - Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.

También puede haber requisitos adicionales.

¿Es necesario proporcionar información de salud?

Para las cantidades de beneficio hasta la cantidad garantizada que aparecen en la tabla anterior no se requiere información de salud.

¿Qué beneficios ofrece la cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)?

Si el asegurado se lesiona accidentalmente en o fuera del lugar de trabajo, es posible que reciba un beneficio equivalente al beneficio del seguro de vida.

Pérdida	Beneficio por AD&D
Pérdida de la vida, de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie, o pérdida de la vista en ambos ojos	100%
Pérdida de una mano o un pie o de la vista en un ojo	50%
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	25%
Cinturón de seguridad / bolsa de aire (airbag): si el asegurado fallece en un accidente automovilístico con el cinturón de seguridad puesto o con protección de la bolsa de aire	$10,000
Repatriación: si el asegurado fallece a una distancia de al menos 100 millas de su lugar de residencia	Hasta $2,000
Educación: si los hijos del asegurado están inscritos en una institución de educación superior acreditada al momento del fallecimiento del asegurado	$3,000/año por hasta 4 años
Pérdida del uso o parálisis - pérdida total del movimiento por 12 meses consecutivos o parálisis permanente	
Tetraplejia	100%
Paraplejia, hemiplejia, o pérdida del uso de ambas manos o ambos pies o una mano y un pie	50%
Pérdida del uso de un brazo, una pierna, una mano o un pie	25%
Pérdida del habla y/o de la audición: si el asegurado sufre pérdida total por 12 meses consecutivos	
Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos	100%
Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos	50%
Pérdida de la audición en un oído	25%

Beneficios adicionales:

Beneficio anticipado por fallecimiento	Si el asegurado sufre una enfermedad terminal, es posible que pueda recibir parte del beneficio del seguro de vida.
Cobertura durante una discapacidad	Si el asegurado está discapacitado, es posible que pueda continuar con su cobertura sin pagar primas.
Conversión de cobertura cancelada	Si la cobertura se cancela, es posible convertirla en una póliza individual.

Este resumen de beneficios es solo un resumen. Para ver una lista completa de las restricciones de beneficios, favor de consultar el cuadernillo.

principal.com

Este es un resumen de la cobertura colectiva de seguro de vida a término asegurado por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company®. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, ver el cuadernillo.

© 2024 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company®, 711 High Street, Des Moines IA 50392.

Titular de la póliza: Wall to Wall, LLC

Seguro colectivo de vida a término voluntario
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero.
Este resumen se creó en 10/24/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

¿En qué me sirve?

Protege lo que más te importa en la vida: tus seres queridos. Si algo te llegara a suceder, los fondos de tu seguro de vida irían a las personas que hayas designado como beneficiarios.

	Beneficio	Mínimo	Cantidad garantizada[1]	Máximo	Reducción del beneficio[2]
El asegurado	Selecciona un beneficio en incrementos de $25,000	$25,000	Si el asegurado es menor de 70 años: $150,000 Si el asegurado tiene 70 años o más: $25,000	$500,000	Reducción del 35% a los 70 años con una reducción adicional del 20% a los 75 años
Cónyuge del asegurado[3]	Selecciona un beneficio en incrementos de $5,000	$5,000	Si el cónyuge del asegurado es menor de 70 años: $30,000 Si el cónyuge del asegurado tiene 70 años o más: $10,000	$200,000	Reducción del 35% a los 70 años con una reducción adicional del 20% a los 75 años
Hijos del asegurado[3]	Opciones[4]: • $10,000				

[1]Cantidad de cobertura que el asegurado puede comprar dentro de los 31 días de los requisitos iniciales sin tener que proporcionar información de salud.

[2]A medida que envejece el asegurado se reduce la cantidad del beneficio del seguro de vida.

[3]La cantidad de cobertura no puede exceder 100% del beneficio.

[4]Hijos coasegurados que tengan 14 días de edad reciben un beneficio de $1,000.

¿Quién puede comprar cobertura?

- El asegurado puede comprar cobertura si es un empleado activo, a tiempo completo, trabajando 30 horas a la semana. No empleados de temporada, temporales ni contratistas.
  - Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.
  - El asegurado debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en la que cumpla con los requisitos. De lo contrario, el asegurado tendrá que proporcionar información de salud para su revisión, o en caso de que ocurra un evento que califica.
- Si usted y su cónyuge trabajan en Wall to Wall, LLC son aptos para recibir beneficios, no se permite que los dos obtengan beneficios como asegurado y cónyuge a la vez.
- Si el asegurado goza de cobertura, podrá comprar cobertura para sus coasegurados, en caso de que no estén confinados al hogar, en un hospital o en un centro de enfermería especializado (esto se conoce como Período de actividad limitada).

También puede haber requisitos adicionales.

¿Es necesario proporcionar información de salud?

Para las cantidades de beneficio por encima de la cantidad garantizada que aparecen en la tabla anterior, tanto para el asegurado como para su cónyuge, puede ser requiere proporcionar información de salud.

¿Se puede aumentar la cantidad de beneficio más tarde?

- Pudieras inscribirte o aumentar tu beneficio y el de tus coasegurados un incremento por año durante el período de inscripción abierta sin tener que proporcionar información de salud.
- Si el asegurado vive un evento que califica (matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.), podrá inscribirse o aumentar el beneficio hasta la cantidad garantizada, dentro de los 31 días posteriores al evento sin tener que proporcionar información de salud.

¿Qué beneficios ofrece la cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)?

Si el asegurado o cónyuge del asegurado se lesionan accidentalmente en o fuera del lugar de trabajo, es posible que reciba un beneficio equivalente al beneficio del seguro de vida.

Pérdida	Beneficio por AD&D
Pérdida de la vida, de ambas manos o ambos pies, o de una mano y un pie, o pérdida de la vista en ambos ojos	100%
Pérdida de una mano o un pie o de la vista en un ojo	50%
Pérdida del dedo pulgar e índice de la misma mano	25%
Cinturón de seguridad / bolsa de aire (airbag): si el asegurado fallece en un accidente automovilístico con el cinturón de seguridad puesto o con protección de la bolsa de aire	$10,000
Repatriación: si el asegurado fallece a una distancia de al menos 100 millas de su lugar de residencia	Hasta $2,000

Educación: si los hijos del asegurado están inscritos en una institución de educación superior acreditada al momento del fallecimiento del asegurado	$3,000/año por hasta 4 años
Pérdida del uso o parálisis - pérdida total del movimiento por 12 meses consecutivos o parálisis permanente	
Tetraplejia	100%
Paraplejia, hemiplejia, o pérdida del uso de ambas manos o ambos pies o una mano y un pie	50%
Pérdida del uso de un brazo, una pierna, una mano o un pie	25%
Pérdida del habla y/o de la audición: si el asegurado sufre pérdida total por 12 meses consecutivos	
Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos	100%
Pérdida del habla o de la audición en ambos oídos	50%
Pérdida de la audición en un oído	25%

Beneficios adicionales:

Beneficio anticipado por fallecimiento	Si el asegurado sufre una enfermedad terminal, es posible que pueda recibir parte del beneficio del seguro de vida.
Cobertura durante una discapacidad	Si el asegurado está discapacitado, es posible que pueda continuar con la cobertura sin pagar prima.
Transferibilidad seleccionada	Si el asegurado ya no cumple los requisitos para gozar de cobertura, es posible que pueda continuar la cobertura para sí mismo y sus coasegurados con cobertura.
Conversión de cobertura cancelada	Si la cobertura se cancela, es posible convertirla en una póliza individual.

¿Cuáles son las limitaciones y excepciones de mi cobertura?

Este resumen de beneficios es solo un resumen. Para ver una lista completa de las restricciones de beneficios, favor de consultar el cuadernillo.

principal.com

Este es un resumen de la cobertura de seguro de vida a término voluntario asegurado por o con los servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, vea el cuadernillo.

© 2024 Principal®, Principal Financial Group® y el diseño del logo de Principal son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392.

WALL TO WALL, LLC

Cobertura de vida voluntario a término/AD&D - empleado

Cantidades estimadas de prima mensual del empleado
Final del periodo de la tasa garantizada: 12/31/2025

Cantidad de beneficio	29 o menos	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
$25,000	$2.11	$2.58	$2.98	$4.33	$6.76	$10.43	$15.81	$24.06	$38.93
$50,000	$4.20	$5.15	$5.95	$8.65	$13.50	$20.85	$31.60	$48.10	$77.85
$75,000	$6.31	$7.73	$8.93	$12.98	$20.26	$31.28	$47.41	$72.16	$116.78
$100,000	$8.40	$10.30	$11.90	$17.30	$27.00	$41.70	$63.20	$96.20	$155.70
$125,000	$10.51	$12.88	$14.88	$21.63	$33.76	$52.13	$79.01	$120.26	$194.63
$150,000	$12.60	$15.45	$17.85	$25.95	$40.50	$62.55	$94.80	$144.30	$233.55
$175,000	$14.71	$18.03	$20.83	$30.28	$47.26	$72.98	$110.61	$168.36	$272.48
$200,000	$16.80	$20.60	$23.80	$34.60	$54.00	$83.40	$126.40	$192.40	$311.40
$225,000	$18.91	$23.18	$26.78	$38.93	$60.76	$93.83	$142.21	$216.46	$350.33
$250,000	$21.00	$25.75	$29.75	$43.25	$67.50	$104.25	$158.00	$240.50	$389.25
$275,000	$23.11	$28.33	$32.73	$47.58	$74.26	$114.68	$173.81	$264.56	$428.18
$300,000	$25.20	$30.90	$35.70	$51.90	$81.00	$125.10	$189.60	$288.60	$467.10
$325,000	$27.31	$33.48	$38.68	$56.23	$87.76	$135.53	$205.41	$312.66	$506.03
$350,000	$29.40	$36.05	$41.65	$60.55	$94.50	$145.95	$221.20	$336.70	$544.95
$375,000	$31.51	$38.63	$44.63	$64.88	$101.26	$156.38	$237.01	$360.76	$583.88
$400,000	$33.60	$41.20	$47.60	$69.20	$108.00	$166.80	$252.80	$384.80	$622.80
$425,000	$35.71	$43.78	$50.58	$73.53	$114.76	$177.23	$268.61	$408.86	$661.73
$450,000	$37.80	$46.35	$53.55	$77.85	$121.50	$187.65	$284.40	$432.90	$700.65
$475,000	$39.91	$48.93	$56.53	$82.18	$128.26	$198.08	$300.21	$456.96	$739.58
$500,000	$42.00	$51.50	$59.50	$86.50	$135.00	$208.50	$316.00	$481.00	$778.50

Beneficio reducido	70-74
$16,250	$42.15
$32,500	$84.31
$48,750	$126.46
$65,000	$168.62
$81,250	$210.76
$97,500	$252.91
$113,750	$295.07
$130,000	$337.22
$146,250	$379.37
$162,500	$421.53
$178,750	$463.68
$195,000	$505.84
$211,250	$547.98
$227,500	$590.13
$243,750	$632.29
$260,000	$674.44
$276,250	$716.59
$292,500	$758.75
$308,750	$800.90
$325,000	$843.06

Beneficio reducido	75 o más
$11,250	$29.18
$22,500	$58.37
$33,750	$87.55
$45,000	$116.74
$56,250	$145.91
$67,500	$175.09
$78,750	$204.28
$90,000	$233.46
$101,250	$262.64
$112,500	$291.83
$123,750	$321.01
$135,000	$350.20
$146,250	$379.37
$157,500	$408.55
$168,750	$437.74
$180,000	$466.92
$191,250	$496.10
$202,500	$525.29
$213,750	$554.47
$225,000	$583.66

Si tu edad cambia a una franja de tasas diferente durante el periodo de garantía, la prima cambiará para reflejar la nueva franja de tasa
que entrará en vigor en la siguiente fecha de aniversario de la póliza

El seguro voluntario de vida a término de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, Iowa 50392.
Este resumen no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura aquí descrita. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, comunícate con tu representante de Principal®.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.

Principal®

WALL TO WALL, LLC

Cobertura de vida voluntario a término/AD&D - cónyuge

Cantidades estimadas de prima mensual del cónyuge
Final del periodo de la tasa garantizada: 12/31/2025

Cantidad de beneficio	29 o menos	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
$5,000	$0.43	$0.52	$0.60	$0.87	$1.36	$2.09	$3.17	$4.82	$7.79
$10,000	$0.84	$1.03	$1.19	$1.73	$2.70	$4.17	$6.32	$9.62	$15.57
$15,000	$1.27	$1.55	$1.79	$2.60	$4.06	$6.26	$9.49	$14.44	$23.36
$20,000	$1.68	$2.06	$2.38	$3.46	$5.40	$8.34	$12.64	$19.24	$31.14
$25,000	$2.11	$2.58	$2.98	$4.33	$6.76	$10.43	$15.81	$24.06	$38.93
$30,000	$2.52	$3.09	$3.57	$5.19	$8.10	$12.51	$18.96	$28.86	$46.71
$35,000	$2.95	$3.61	$4.17	$6.06	$9.46	$14.60	$22.13	$33.68	$54.50
$40,000	$3.36	$4.12	$4.76	$6.92	$10.80	$16.68	$25.28	$38.48	$62.28
$45,000	$3.79	$4.64	$5.36	$7.79	$12.16	$18.77	$28.45	$43.30	$70.07
$50,000	$4.20	$5.15	$5.95	$8.65	$13.50	$20.85	$31.60	$48.10	$77.85
$55,000	$4.63	$5.67	$6.55	$9.52	$14.86	$22.94	$34.77	$52.92	$85.64
$60,000	$5.04	$6.18	$7.14	$10.38	$16.20	$25.02	$37.92	$57.72	$93.42
$65,000	$5.47	$6.70	$7.74	$11.25	$17.56	$27.11	$41.09	$62.54	$101.21
$70,000	$5.88	$7.21	$8.33	$12.11	$18.90	$29.19	$44.24	$67.34	$108.99
$75,000	$6.31	$7.73	$8.93	$12.98	$20.26	$31.28	$47.41	$72.16	$116.78
$80,000	$6.72	$8.24	$9.52	$13.84	$21.60	$33.36	$50.56	$76.96	$124.56
$85,000	$7.15	$8.76	$10.12	$14.71	$22.96	$35.45	$53.73	$81.78	$132.35
$90,000	$7.56	$9.27	$10.71	$15.57	$24.30	$37.53	$56.88	$86.58	$140.13
$95,000	$7.99	$9.79	$11.31	$16.44	$25.66	$39.62	$60.05	$91.40	$147.92
$100,000	$8.40	$10.30	$11.90	$17.30	$27.00	$41.70	$63.20	$96.20	$155.70
$105,000	$8.83	$10.82	$12.50	$18.17	$28.36	$43.79	$66.37	$101.02	$163.49
$110,000	$9.24	$11.33	$13.09	$19.03	$29.70	$45.87	$69.52	$105.82	$171.27
$115,000	$9.67	$11.85	$13.69	$19.90	$31.06	$47.96	$72.69	$110.64	$179.06
$120,000	$10.08	$12.36	$14.28	$20.76	$32.40	$50.04	$75.84	$115.44	$186.84
$125,000	$10.51	$12.88	$14.88	$21.63	$33.76	$52.13	$79.01	$120.26	$194.63
$130,000	$10.92	$13.39	$15.47	$22.49	$35.10	$54.21	$82.16	$125.06	$202.41
$135,000	$11.35	$13.91	$16.07	$23.36	$36.46	$56.30	$85.33	$129.88	$210.20
$140,000	$11.76	$14.42	$16.66	$24.22	$37.80	$58.38	$88.48	$134.68	$217.98
$145,000	$12.19	$14.94	$17.26	$25.09	$39.16	$60.47	$91.65	$139.50	$225.77
$150,000	$12.60	$15.45	$17.85	$25.95	$40.50	$62.55	$94.80	$144.30	$233.55
$155,000	$13.03	$15.97	$18.45	$26.82	$41.86	$64.64	$97.97	$149.12	$241.34
$160,000	$13.44	$16.48	$19.04	$27.68	$43.20	$66.72	$101.12	$153.92	$249.12
$165,000	$13.87	$17.00	$19.64	$28.55	$44.56	$68.81	$104.29	$158.74	$256.91
$170,000	$14.28	$17.51	$20.23	$29.41	$45.90	$70.89	$107.44	$163.54	$264.69
$175,000	$14.71	$18.03	$20.83	$30.28	$47.26	$72.98	$110.61	$168.36	$272.48
$180,000	$15.12	$18.54	$21.42	$31.14	$48.60	$75.06	$113.76	$173.16	$280.26
$185,000	$15.55	$19.06	$22.02	$32.01	$49.96	$77.15	$116.93	$177.98	$288.05
$190,000	$15.96	$19.57	$22.61	$32.87	$51.30	$79.23	$120.08	$182.78	$295.83
$195,000	$16.39	$20.09	$23.21	$33.74	$52.66	$81.32	$123.25	$187.60	$303.62
$200,000	$16.80	$20.60	$23.80	$34.60	$54.00	$83.40	$126.40	$192.40	$311.40

Beneficio reducido	70-74
$3,250	$8.43
$6,500	$16.86
$9,750	$25.29
$13,000	$33.72
$16,250	$42.15
$19,500	$50.58
$22,750	$59.01
$26,000	$67.45
$29,250	$75.87
$32,500	$84.31
$35,750	$92.73
$39,000	$101.17
$42,250	$109.59
$45,500	$118.03
$48,750	$126.46
$52,000	$134.89
$55,250	$143.32
$58,500	$151.75
$61,750	$160.18
$65,000	$168.62
$68,250	$177.04
$71,500	$185.47
$74,750	$193.90
$78,000	$202.33
$81,250	$210.76
$84,500	$219.19
$87,750	$227.63
$91,000	$236.05
$94,250	$244.49
$97,500	$252.91
$100,750	$261.35
$104,000	$269.77
$107,250	$278.21
$110,500	$286.64
$113,750	$295.07
$117,000	$303.50
$120,250	$311.93
$123,500	$320.36
$126,750	$328.79
$130,000	$337.22

Beneficio reducido	75 o más
$2,250	$5.83
$4,500	$11.67
$6,750	$17.51
$9,000	$23.35
$11,250	$29.18
$13,500	$35.02
$15,750	$40.85
$18,000	$46.69
$20,250	$52.53
$22,500	$58.37
$24,750	$64.20
$27,000	$70.04
$29,250	$75.87
$31,500	$81.71
$33,750	$87.55
$36,000	$93.39
$38,250	$99.22
$40,500	$105.06
$42,750	$110.89
$45,000	$116.74
$47,250	$122.57
$49,500	$128.40
$51,750	$134.24
$54,000	$140.07
$56,250	$145.91
$58,500	$151.75
$60,750	$157.59
$63,000	$163.42
$65,250	$169.26
$67,500	$175.09
$69,750	$180.93
$72,000	$186.77
$74,250	$192.61
$76,500	$198.44
$78,750	$204.28
$81,000	$210.11
$83,250	$215.95
$85,500	$221.79
$87,750	$227.63
$90,000	$233.46

El seguro voluntario de vida a término de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, Iowa 50392.
Este resumen no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura aquí descrita. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, comunícate con tu representante de Principal®.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.

Principal®

SP1823-6 | 03/2019 | ©2019 Principal Financial Services, Inc.

WALL TO WALL, LLC

Cobertura de vida voluntario a término/AD&D - cónyuge

Cantidades estimadas de prima mensual del cónyuge
Final del periodo de la tasa garantizada: 12/31/2025

Cantidad de beneficio	29 o menos	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Beneficio reducido	70-74	Beneficio reducido	75 o más
Cantidad de la prima de los hijos (por familia)													
$10,000	$2.00												

Si tu edad cambia a una franja de tasas diferente durante el periodo de garantía, la prima cambiará para reflejar la nueva franja de tasa
que entrará en vigor en la siguiente fecha de aniversario de la póliza

El seguro voluntario de vida a término de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, Iowa 50392.
Este resumen no es una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura aquí descrita. Para conocer los costos y detalles de la cobertura, comunícate con tu representante de Principal®.

Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., miembro de Principal Financial Group.

Principal®

Easily get life insurance during open enrollment

Then gradually increase your coverage every year.

Protecting the people who mean the most to you is important. That's why Principal® makes it easy for you to purchase—or increase—voluntary term life insurance. It's available through your employer for yourself, your spouse, and children.

Increase your voluntary term life insurance

Open enrollment is a great time to increase your coverage. You can add an additional $10,000 or $20,000[1] in coverage for yourself—with no health questions asked. That means no medical appointments and quick approval. And every year during open enrollment, you can continue to increase your coverage—up to the maximum benefit. If you have coverage for yourself, you can also add or increase coverage for your spouse and children[2]—with no health questions asked.

Purchase coverage for the first time

Don't already have voluntary term life insurance? Easily get coverage for the first time during open enrollment. You can purchase $10,000 or $20,000[1] in coverage for yourself—with no health questions asked. And when you have coverage, your spouse and children[2] can also get coverage.

Higher levels of coverage

During open enrollment, you or your spouse[2] can request to add or increase even more coverage by providing proof of good health.

Let's look at an example

When Valerie started working for her employer, she didn't purchase voluntary term life insurance. A few years later, she bought a house and saw the need for coverage. She purchased $20,000 in coverage for herself during her company's open enrollment—and has plans to increase her coverage by $10,000 each year after that. She also bought $10,000 of coverage for her spouse and an additional $5,000 for her children.

[1] Amount provided is for illustrative purposes only. Options available will vary by benefit design, and your policy may be different.

[2] Coverage for your dependents is limited, based on your coverage. Refer to your policy for details.

Principal®

principal.com

Voluntary group term life insurance from Principal® is issued by Principal Life Insurance Company, Des Moines, Iowa 50392-0002.

This is a summary of your voluntary term life insurance policy. Life insurance has limitations and exclusions. For coverage details, refer to your benefit booklet or ask your employer. Oregon policy form GC 6000 (VTL) (06/04).

Principal, Principal and symbol design and Principal Financial Group are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., a member of the Principal Financial Group.

GP62501 | 10/2019 | ©2019 Principal Financial Services, Inc.

Tus beneficios por discapacidad a largo plazo

Escanea el código para ver información sobre el seguro por discapacidad a largo plazo.

Titular de la póliza/Tomador: Wall to Wall, LLC

Seguro colectivo por discapacidad a largo plazo
Resumen de beneficios para all members

Tu seguro se renueva cada 1o de enero
Este resumen se creó en 10/24/2024 y muestra los beneficios que están disponibles en ese momento.

Requisitos	
Empleados que cumplen con los requisitos	Todos los empleados activos, a tiempo completo que trabajen al menos 30 horas a la semana.
Beneficios pagaderos	
Beneficio mensual primario	60% de los ingresos hasta $10,000 / mensuales
Cantidad de beneficio	Tu beneficio mensual primario menos otras fuentes de ingreso
Período de eliminación	Los beneficios comienzan después del 90 días
Período de ocupación propia	2 años
Período de pago de beneficios	Varía según la edad cuando el asegurado quedó discapacitado, ver la tabla a continuación
Limitaciones y excepciones	
Condiciones preexistentes	3 meses antes / 12 meses asegurado
Otras limitaciones	Se incluye una lista completa en el cuadernillo

¿En qué me sirve?

Tu ingreso es importante, dependes de él para casi todo. Si el asegurado está demasiado enfermo o lesionado y no puede trabajar por un largo período, puede apoyarse con el seguro por discapacidad a largo plazo para remplazar parte de sus ingresos mensuales.

El beneficio mensual primario del asegurado es el 60% de los ingresos antes de la discapacidad hasta la cantidad de $10,000 menos cualquier otra fuente de ingresos. Otras fuentes de ingreso podrían incluir, pero sin limitarse al Seguro Social para el asegurado y sus coasegurados, otros recursos, indemnización por accidente laboral (Worker's Compensation), seguro estatal por discapacidad (si aplica) y continuidad del salario.

Los beneficios se determinan según salario base. Esta es la definición de ingresos correspondiente y se detalla con mayor profundidad en el cuadernillo que recibirás después de la inscripción.

La remuneración para los dueños de negocios cubre las ganancias del negocio más los salarios promedio durante los últimos dos años.

¿Quién recibe cobertura?

- El asegurado recibirá cobertura si es un empleado activo, a tiempo completo, trabajando al menos 30 horas a la semana. Los empleados por temporada, contratistas o temporales no reúnen los requisitos.
  - Se considerará que la persona sigue trabajando incluso si se trata de un día libre, día feriado, vacaciones, servicio de jurado, funeral, licencia pagada o tiempo libre, siempre que el asegurado esté cumpliendo con sus tareas normales y haya trabajado el día anterior a la fecha en que no trabajó.

También puede haber requisitos adicionales.

¿Cuándo empezará el asegurado a recibir beneficios por discapacidad?

El período de eliminación del asegurado es 90 días. El período de eliminación es la cantidad de tiempo que transcurre antes de que el asegurado empiece a recibir beneficios.

Si el asegurado se recupera y se reincorpora al trabajo durante el período de eliminación y luego vuelve a quedar discapacitado, es posible que no tenga que completar un nuevo período de eliminación. Si califica para esto, el período de eliminación continuará desde el punto donde quedó cuando el asegurado se recuperó.

Una vez que el asegurado empiece a recibir los beneficios, ¿cuánto tiempo durarán?

Edad en la que ocurre la discapacidad	Los beneficios son pagaderos hasta la última de:
Menor de 65 años	Edad de jubilación normal del Seguro Social (SSNRA, por sus siglas en inglés) o 36 meses
65 a 67 años de edad	SSNRA o 24 meses
68 a 69 años de edad	SSNRA o 18 meses
70 a 71 años de edad	SSNRA o 15 meses
70 años de edad o más	SSNRA o 12 meses

¿Qué tipo de condiciones pueden calificar como una discapacidad?

Se considerará que el asegurado está discapacitado debido a una enfermedad o lesión, o embarazo.

Durante los primeros 2 años de recibir beneficios, la discapacidad del asegurado se basa en su propia ocupación, conocido como el periodo de ocupación propia. Esta es la ocupación que el asegurado desempeña regularmente en el momento de la discapacidad. Después de 2 años, evaluaremos con respecto a cualquier ocupación según la educación, capacitación o experiencia.

Durante el periodo de eliminación y de ocupación propia del asegurado, una de las siguientes situaciones debe aplicar:

Discapacidad residual

- Cuando el asegurado no está totalmente discapacitado y, mientras trabaja en la propia ocupación, como resultado de una enfermedad o lesión, no puede ganar 80% o más de los ingresos antes de la discapacidad.

Discapacidad total

- El asegurado no puede ejecutar, con continuidad razonable, las labores materiales y substanciales necesarias para continuar su propia ocupación y no está trabajando en su propia ocupación.

Después de completar el periodo de ocupación propia, una de las siguientes situaciones debe aplicar:

Discapacidad residual

- El asegurado no está totalmente discapacitado y, mientras trabaja en una ocupación, como resultado de una enfermedad o lesión, no puede ejecutar con continuidad razonable, ninguna otra ocupación para la cual se esperaría que el asegurado, razonablemente, pudiera desempeñar de manera satisfactoria, tomando en cuenta su edad, educación, capacitación, experiencia, etapa en su vida, y capacidad física y mental.

Discapacidad total

- El asegurado no puede ejecutar, con continuidad razonable, ninguna otra ocupación la cual se esperaría que el asegurado, razonablemente, pudiera desempeñar de manera satisfactoria, tomando en cuenta su edad, educación, capacitación, experiencia, etapa en su vida, y capacidad física y mental.

¿El asegurado califica si tiene alguna condición preexistente?

- Es posible que sí, si el asegurado tuvo síntomas o afecciones que llevarían a una persona razonable a buscar un diagnóstico, atención o tratamiento. Si al asegurado no lo ha atendido un doctor ni se le han recetado medicamentos por una lesión o enfermedad en los últimos 3 meses o si la discapacidad del asegurado sucede después de 12 meses consecutivos de cobertura, es posible que califique.

¿Existe cobertura para condiciones mentales o de los nervios y alcohol/drogas?

- Se considerará una discapacidad si es causada por:
  - Abuso, dependencia o adicción al alcohol, drogas o sustancias químicas por hasta 24 meses
  - Una condición de salud mental por hasta 24 meses

Beneficios adicionales:

Beneficio de incentivo laboral	Si el asegurado está trabajando a medio tiempo o de manera limitada, puede conservar la remuneración devengada del trabajo y seguir recibiendo sus beneficios por discapacidad por 12 meses. El asegurado no puede estar recibiendo más del 100% de sus ingresos previos a la discapacidad.
Plan de rehabilitación	Si el asegurado está discapacitado, es posible que nuestro personal de rehabilitación trabaje con el asegurado, los médicos y el empleador para crear un plan de rehabilitación individual que le ayude a reincorporarse al trabajo. Es posible que el asegurado también reciba este beneficio incluso si no está discapacitado, pero presenta una afección que le impide trabajar.
Beneficio de sobrevivientes	Si al asegurado no le han pagado un beneficio anticipado para sobrevivientes, los sobrevivientes del asegurado recibirán 3 veces la cantidad del beneficio mensual primario menos otras fuentes de ingreso, lo que incluye pero no se limita al Seguro Social.

¿Cuáles son las limitaciones y excepciones de la cobertura?

Condiciones preexistentes	Una condición preexistente es cualquier enfermedad o lesión por la cual el asegurado: • Recibió algún tratamiento, atención o servicios médicos para una condición diagnosticada en el lapso de tres meses antes de estar asegurado por esta póliza; o • Tomó medicamentos recetados para una condición diagnosticada en el lapso de tres meses antes de estar asegurado por esta póliza; o • Sufrió una condición mental o física, ya fuera diagnosticada o no, la cual fue tergiversada u omitida en la solicitud: o para la cual recibió una consulta o tratamiento de un médico dentro de los 24 meses antes de estar asegurado por esta póliza; o o la cual ha causado síntomas dentro de los 12 meses antes de estar asegurado por esta póliza para la cual una persona prudente usualmente buscaría consejo o tratamiento médico; y No se pagarán beneficios por una discapacidad que sea causada o sustancialmente afectada por una condición preexistente a menos que, en la fecha en que el asegurado quedó discapacitado, haya estado activamente trabajando un día entero después de cumplirse 12 meses de haber estado asegurado por esta póliza.
Tratamiento de condiciones de salud mental y condiciones de adicción a drogas o alcohol	Una discapacidad se considera debido a adicción a, abuso de o dependencia del alcohol, drogas o sustancias químicas o una condición de salud mental si la discapacidad es causada por alguna de estas condiciones y no por otras afecciones incapacitantes. Períodos máximos de pago de beneficios para: Condiciones de salud mental – 24 meses Condiciones de abuso de sustancias químicas, drogas o alcohol – 24 meses El período de pago de beneficios indicado anteriormente constituye el máximo de por vida para todos los períodos de discapacidad. Todas las discapacidades por condiciones con el mismo período máximo de pago de beneficios contribuyen al máximo de por vida. Sin embargo, si al terminar el período de pago de los beneficios, el asegurado se encuentra hospitalizado o en cualquier otro tipo de instalaciones que brinde tratamiento para cualquiera de estas condiciones, se puede prolongar el periodo de pago de beneficios de modo que incluya el periodo durante el cual el asegurado permanece en tratamiento.

principal.com

Este es un resumen de la cobertura por discapacidad a largo plazo asegurada por o con servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Este resumen es una breve descripción de la cobertura. No es un contrato de seguro ni una declaración completa de los derechos, beneficios, limitaciones y excepciones de la cobertura. Si existiera una discrepancia entre la póliza y este documento, entonces prevalecerá la disposición de la póliza. Para conocer todos los detalles de la cobertura, favor de consultar el cuadernillo de beneficios.

© 2024 Principal Financial Services, Inc. Principal, Principal y el diseño del símbolo y Principal Financial Group son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., compañía de Principal Financial Group.

Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392

Descuentos y recursos

Ahorra dinero. Optimiza tu vida.

Utiliza los descuentos y servicios disponibles gracias a tus beneficios colectivos. **Estos descuentos no son un seguro.**

Corrección de la vista con láser	**Imagina tu vida sin anteojos ni lentes de contacto.** Tú, tu pareja y tus hijos coasegurados ahorran $800 con los proveedores LasikPlus, TLC Laser Eye Centers, o The LASIK Vision Institute. O recibe un 15% de descuento sobre el precio estándar o 5% sobre precios de promoción en LASIK en las 600 sucursales de la red nacional Lasik. Administrado por LCA Vision. principallasik.com | 888-647-3937
Programa de audífonos	**Protege tu salud auditiva y mejora tu calidad de vida.** Tú, tu cónyuge, hijos, padres y abuelos pueden obtener descuentos exclusivos hasta por 48% en audífonos, incluyendo los recargables y las opciones con Bluetooth, con un período de prueba de 60 días para asegurar tu completa satisfacción con el producto. También podrás realizar una consulta de audición gratuita en cualquiera de las más de 3,000 oficinas en todo el país. Administrado por Start Hearing. www.starthearing.com/partners/principallife | 877-890-4694
Línea de apoyo a la salud emocional	**Obtén ayuda cuando te sientas abrumado/a o necesites apoyo.** Tú, tu cónyuge y tus hijos coasegurados pueden llamar a esta línea de apoyo: es confidencial y está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. A través de ella puedes hablar con médicos clínicos para la salud mental, que brindan apoyo emocional, consejos para afrontar las situaciones de manera saludable y referencias a recursos locales. Si tu empleador ofrece un Programa de asistencia a empleados (EAP, por sus siglas en inglés), utiliza esos recursos en lugar de los que se describen aquí. 800-424-4612

Disponible con tu seguro dental

Centro de salud bucal de Principal	**Obtén la información que necesites para tomar mejores decisiones sobre tu salud bucal.** Puedes hacer consultas en el sitio web y obtener respuestas de un dentista en día laborable. Una calculadora de costos odontológicos para saber los costos aproximados según el código postal. Puedes acceder a artículos para la salud dental y obtener información sobre cómo funciona la cobertura. http://c3.go2dental.com/scontent/
Blanquea-miento de los dientes	**Comparte una sonrisa de la que sientas orgullo.** Tú, tu pareja y tus coasegurados pueden ahorrar 20% en una tecnología de GLO Science diseñada por odontólogos para el blanqueamiento de los dientes. Disponible para usar en casa, es de acción rápida y no afecta tu sensibilidad bucal, de manera que puedes sonreír con confianza. gloscience.com/principal y usa el código de descuento PRINCIPAL

Disponible con tu seguro por discapacidad

Programa de asistencia a los empleados (EAP)	**Cuenta con ayuda cuando la necesites.** Tú y tu familia tienen acceso a recursos confidenciales y sin costo para ayudarte a manejar los desafíos cotidianos. Habla con un profesional EAP licenciado al recurrir a asesoramiento en persona o virtual. Usa los servicios legales, financieros y contra el robo de identidad[1] para resolución de asuntos. Accede a seminarios virtuales, charlas en vivo y artículos sobre una variedad de temas. Member.MagellanHealthcare.comluego ingresa "Principal Core" como nombre del programa 800-356-7089

Disponible con tu seguro de vida

Asistencia de viaje	**Viaja con menos preocupaciones, dentro y fuera de los EE.** UU. Tú, tu cónyuge y tus hijos coasegurados cuentan con acceso a una variedad de beneficios proporcionados por AXA Assistance[2]. Estos servicios incluyen asistencia de viaje y médica, además de beneficios de evacuación por emergencia médica. Ayuda para viajes de 100 millas o más desde tu casa, por hasta 120 días consecutivos. Disponible solamente con seguro de vida colectivo a término principal.com/travelassistance
Centro de documentación legal y testamentos	**Considera preparar tus documentos legales de manera sencilla y online.** Recursos y herramientas online y fáciles de usar, de la mano de ARAG®[3], Tú y tu cónyuge pueden redactar, imprimir y guardar documentos legales esenciales: un testamento, un testamento vital, un poder médico, un poder de duración ilimitada y una autorización de tratamiento médico para menores de edad. Además, puedes acceder a herramientas de planificación de sucesión y un organizador de información personal. principal.araggroup.com Ponte en contacto con tu empleador para obtener tu número de póliza colectiva.Ingresa tu número de póliza colectiva: 1112103
Kit de robo de identidad	Hay que estar vigilante para proteger uno de tus activos más importante: tu identidad. Si han robado tu identidad, a pesar de tus mejores esfuerzos, recibirás valiosos consejos prácticos para recuperarla. principal.araggroup.com Ingresa tu número de póliza colectiva: 1112103
Apoyo al beneficiario	**Ayuda para hacer frente a la muerte de un ser querido.** Los beneficiarios reciben ayuda para hacer frente a las emociones y decisiones financieras que surgen con el fallecimiento de un ser querido. Los servicios incluyen apoyo por duelo con Magellan Healthcare y revisión financiera con Principal®. Cónyuges y coasegurados reciben tres meses de servicios online gratuitos para la preparación de un testamento con ARAG.®[3] La información se provee después de la pérdida de un ser querido.

principal.com

Los productos de seguros los emite Principal Life Insurance Company®, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, Iowa 50392.

Los descuentos y servicios listados en este documento se encuentran disponibles para los asegurados o sus coasegurados o beneficiarios, con la cobertura colectiva suscrita por o con servicios administrativos provistos por Principal Life Insurance Company. Los descuentos y servicios no son parte de la póliza o contrato y se pueden cambiar o cancelar en cualquier momento.

Para pólizas colectivas de vida y de seguro dental emitidas en Nueva York: asistencia al viajero, Will & Legal Document Center, kit de robo de identidad, no está disponible la línea de apoyo a la salud emocional, apoyo al beneficiario ni el blanqueamiento de dientes; el programa corrección de la vista por láser y de audífonos solo está disponible con el seguro odontológico (dental) u oftalmológico (cuidado de la vista). ARAG Services, LLC, AXA Assistance USA, Inc., LCA Vision, Magellan Healthcare, Magellan Health Services of California, Inc. — Employer Services, Start Hearing, y VSP no están afiliados a ninguna compañía de Principal Financial Group®. Los proveedores externos son responsables únicos de sus productos y servicios.

Principal®, Principal Financial Group®, y Principal y el diseño de su logotipo son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

[1] No todos los servicios están disponibles para las pólizas colectivas emitidas en Nueva York.

[2] Los participantes son responsables de cualquier cargo o gasto en los que incurran. Los servicios de transporte son administrados por AXA Assistance USA, Inc. y suscritos por una compañía de seguros licenciada independiente.

[3] El uso de los servicios proporcionados por ARAG Services, LLC no reemplaza la consulta con un abogado. Ni tu empleador ni Principal® son responsables por las pérdidas, lesiones, reclamos, responsabilidades o daños relacionados con el uso del servicio de documentos legales de ARAG.

SP1285C-19 (GP58554C-19) | 03/2023 | 2720220-032023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Protege y mejora la visión de tu familia

Principal®

Ahorra instantáneamente en el cuidado de la vista y lentes con el programa VSP® Vision Savings Pass™

¡A todos nos encantan los descuentos! Tú y tus coasegurados pueden ahorrar dinero utilizando este programa de descuentos que ofrece VSP. El programa VSP Vision Savings Pass está disponible con tu cobertura dental que brinda Principal®. Y con 89,400 puntos de acceso dentro la red nacional VSP, con seguridad podrás encontrar un oculista cerca de ti.

Servicio y lentes	Precios reducidos y descuentos*
Examen de la vista (una vez por año calendario)	$50 con la compra de un par de lentes completo. 20% de descuento sin compra.
Lentes graduados o lentes de sol	Al comprar un par de lentes completo, ahorras tanto en los lentes como en el marco. • Lentes monofocales $40 • Lentes bifocales con línea $60 • Lentes trifocales con línea $75 25% de descuento en los lentes.
Mejoras de lentes	Un promedio de ahorros del 30% en mejoras de lentes tales como progresivos, resistentes al rayado y recubrimientos antirreflejo.
Lentes de sol sin receta médica	20% de descuento en todos los lentes de sol comprados durante un periodo de 12 meses después del último examen cubierto.
Examen para lentes de contacto	15% de descuento en el examen para lentes de contacto (evaluación y prueba).
Corrección de la vista con láser	Un promedio del 15% de descuento sobre el precio normal o del 5% sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en las sucursales contratadas.
Examen de la retina	Tu oculista obtiene una imagen de alta resolución del interior de tu ojo para identificar problemas existentes o potenciales de visión y de salud. Cargo máximo de $39.

* Con base en las leyes vigentes, los beneficios pueden variar según la ubicación.

El programa VSP Vision Savings Pass no es un seguro de cuidado de la vista

Usar VSP es fácil. Sigue estos pasos:

Paso 1 | **Busca a un oculista de VSP cerca de ti.** Visita principal.com/vsp o llama al 800-877-7195 (para español, oprime el 9).

Paso 2 | **Haz una cita.** Identifícate como un asegurado de VSP para recibir el descuento.

Paso 3 | **Deja que VSP se encargue del resto.** Tu oculista de VSP se hará cargo de lo demás. Los cargos se reducen automáticamente en el momento del servicio.

principal.com

ESTE PLAN NO ES UN SEGURO y su finalidad no es reemplazar un seguro médico. Este plan no se considera un plan de salud calificado según la Ley de cuidado de salud asequible (Affordable Care Act, en inglés). ESTE NO ES UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE. Unirse a este programa de descuentos no tiene ningún costo. El plan proporciona descuentos en servicios de ciertos proveedores de atención médica. El rango de descuentos variará según el tipo de proveedor y los servicios. Los asegurados en el plan tienen la obligación de pagar todos los servicios de atención médica, pero obtienen descuentos de los proveedores que han acordado proporcionarlos.

Ni el plan ni sus administradores tienen la responsabilidad de proporcionar ni garantizar los servicios de los proveedores ni la calidad del servicio que estos provean. Este plan no está disponible en Vermont ni en Washington. No es válido en donde se encuentre prohibido. Si bien Principal ha hecho lo necesario para poner este plan de descuentos a disposición de los asegurados con la cobertura dental de Principal Life, este servicio de valor agregado no forma parte de ningún contrato de seguro y se puede cambiar o cancelar en cualquier momento. Los seguros los emite Principal Life Insurance Company, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, Iowa 50392.

©2023 Vision Service Plan. Todos los derechos reservados. VSP y WellVision Exam son marcas registradas y Vision Savings Pass es una marca de Vision Service Plan. Todas las otras marcas son propiedad de sus respectivos titulares.

Principal®, Principal Financial Group®, Principal y el diseño de su logotipo son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

SP946-09 (GP52272-20) | 07/2023 | 2997027-072023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Ayuda para lidiar con los altibajos de la vida

Para empleados de WALL TO WALL, LLC

La vida es impredecible. y no siempre es fácil. Por eso es importante que sepas que cuentas con ayuda cuando la necesites. De eso se trata el programa de asistencia a los empleados (EAP, por sus siglas en inglés) provisto por Magellan Healthcare

Con un programa de asistencia a los empleados (EAP), tú y tu familia tienen acceso a recursos confidenciales y sin costo para ayudarte a manejar los desafíos cotidianos y aquellos que llegan de imprevisto.

Asesoramiento en persona o virtual

Una manera efectiva de afrontar los asuntos personales o laborales es conversando con un profesional. Tu familia y tú pueden reunirse con un profesional licenciado del EAP en persona, a través de mensajes de texto o mediante sesiones en vivo de chat, video o llamada hasta 3 veces por problema, por año.

Servicios legales, financieros y contra el robo de identidad

Tu familia y tú tienen acceso a estos servicios:

Servicios legales. Recibe una consulta gratis de 60 minutos para ayudar a manejar asuntos como accidentes de tránsito o derecho de familia.

Bienestar financiero. Recibe tres consultas gratis de 30 minutos. Esto podría incluir ayuda con la planificación del presupuesto, consolidación de la deuda o planificación para el retiro.

Recursos sobre el robo de identidad. Recibe una consulta gratis de 60 minutos para ayudar a restablecer tu identidad si te la roban..

Coaching para la vida

Tus familiares aptos y tú pueden recibir ayuda para cumplir sus metas con el apoyo de un coach, disponible por teléfono o videollamada, con hasta 6 sesiones al año. Los coach pueden ayudar con la superación personal, alimentación sana, pérdida de peso y más.

Ayuda cuando y donde la necesites, día y noche

Los imprevistos de la vida no siempre ocurren durante el horario de atención habitual. Es por eso que tú y tu familia tienen acceso al EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

800-356-7089

Internacional: **800-662-4504 (en inglés)**
Teléfono para personas con problemas auditivos : **711**

Member.MagellanHealthcare.com Cuando crees tu cuenta, ingresa el nombre de tu organización como el nombre del programa.

Servicios a través de Internet para equilibrar el trabajo y la vida personal

Tu familia y tú pueden acceder a seminarios web, charlas en vivo y artículos sobre temas como el cuidado de los niños y los adultos mayores, la educación, la crianza de los hijos, y más.

Principal®

principal.com

Los productos de seguros los emite Principal Life Insurance Company®, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

Principal® ha acordado con Magellan Healthcare que el programa de asistencia a los empleados (EAP) esté disponible para los empleados con cobertura colectiva que estén asegurados por Principal Life Insurance Company. El EAP no forma parte del contrato ni la póliza de seguro y puede cambiar o cancelarse en cualquier momento. No todos los servicios están disponibles para las pólizas colectivas emitidas en New York. Magellan es responsable de todos los servicios provistos por el programa EAP. Los servicios del EAP en California son provistos a través de Magellan Health Services of California, Inc.— Employer Services. Magellan no es una compañía de Principal Financial Group®.

Principal®,Principal Financial Group®,Principal y el diseño de su logotipo son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

GP61494C-06 (premier) (Spanish SP1838C-06) | 09/2024 | 3845184-092024 | © 2021 Principal Financial Services, Inc.

Principal®

Seguro de vida colectivo

Ayuda a proteger a tu familia, tus finanzas y tu futuro

Elabora y guarda tus archivos importantes a través del Will & Legal Document Center (Centro de documentos legales y testamentos).

Si eres como la mayoría de nosotros, querrás estar en control de las cosas cuando se trata de lo que quieres para el futuro, de quién va a heredar tu patrimonio o tomar decisiones médicas por ti. Sobre todo, porque la vida puede ser impredecible.

Por ello es importante ser proactivo y trazar un plan para proteger a la familia y las finanzas. Con los seguros de vida colectivos a término o seguros de vida voluntarios a término con Principal® puedes hacer justo eso, cuando logres acceso a los recursos del **centro de documentos legales y testamentos** provisto por ARAG®.

Recursos para obtener ayuda con documentos legales

Contar con los documentos adecuados permite mantener el control en casos imprevistos. Con los recursos gratuitos online de ARAG, tú o tu cónyuge pueden preparar estos documentos:

Testamento estándar. Especifica cuál será el destino de tus propiedades y patrimonio después de tu fallecimiento y designa a la persona que ejecutará tus deseos. También se puede designar a un custodio de menores.

Poder notarial para atención médica. Autoriza a alguien para que tome decisiones médicas en tu nombre en caso de que ya no estés en condiciones de tomar esas decisiones por tu cuenta.

Un poder legal permanente. Autoriza a otra persona para que tome decisiones financieras en tu nombre en caso de que no puedas tomarlas por cuenta propia.

Testamento en vida. Da a conocer por anticipado a familiares y proveedores de atención médica cuáles son tus deseos con respecto a tratamientos médicos en caso de que no puedas expresarlos personalmente.

Autorización para proceder con el tratamiento médico en menores de edad. Concede autorización al personal médico para que tus hijos reciban tratamiento médico en caso de que no estés disponible.

Autorización según la ley HIPAA. Designa a una persona o personas para que puedan acceder a tus expedientes médicos y la información de salud protegidos.

Además, también podrás acceder a:

Un organizador de información personal. El organizador de información personal permite registrar la información personal y financiera, así como trámites funerarios, todo en un conveniente sitio virtual.

Instrucción, herramientas y recursos para la planificación patrimonial. Obtén acceso a una serie de artículos y recursos legales.

Protege tu identidad

No solamente es un inconveniente que a uno le roben la identidad, sino que esto puede tener un impacto directo en la valoración de tu crédito y tu seguridad financiera. Lo bueno es que puedes proteger tu identidad con recursos *online* gratuitos de ARAG que incluyen:

Kit de acción para víctimas de robo de identidad, que permite acelerar el proceso de recuperación en caso de que sufras el robo de identidad. Guías y artículos que explican cómo prevenir el robo de identidad y lo que puedes hacer en caso de que suceda.

Guías y artículos que explican cómo prevenir el robo de identidad y lo que puedes hacer en caso de que suceda.

Comenzar a usar el servicio es fácil

Sigue los pasos a continuación para comenzar a usar estos recursos:

1 | Visita aragwills.com/principal.

2 | Inscríbete completando los campos requeridos.

3 | ¡Listo! Completa los formularios o descarga los materiales que necesites.

Sigamos en contacto.

¿Necesitas ayuda para inscribirte? Comunícate con atención al cliente de ARAG llamando al 800.546.3718.

Si tienes preguntas sobre los servicios, llama a Principal al **866.539.1728.**

Principal®

Los productos de seguros y servicios administrativos del plan se proveen a través de Principal Life Insurance Company®, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, Iowa 50392.

Los recursos de valor agregado provistos a través de ARAG Services, LLC (ARAG®) no son parte de ningún producto de seguro ni de los servicios administrativos del plan provistos a través de Principal Life Insurance Company® ni tienen afiliación con ninguna compañía de Principal Financial Group®. Todos los recursos están sujetos a modificación o cancelación en cualquier momento. No se encuentra disponible para las pólizas colectivas emitidas en New York.

El uso de los recursos provistos por ARAG Services, LLC, no debe considerarse como sustituto de una consulta con un abogado o asesor. Principal® no es responsable por las pérdidas, lesiones, reclamos, responsabilidades ni daños relacionados con el uso de los recursos del Centro de documentación legal y testamentos de ARAG.

Ten en cuenta que los documentos legales son precisos y útiles en muchas situaciones. Cada estado puede hacer cambios a dichos documentos, por lo cual es conveniente revisarlos de vez en cuando para confirmar que estén al día. Que el documento sea el adecuado para ti y tu situación dependerá de tus circunstancias. Si deseas consejos específicos sobre tu situación, consulta con un abogado.

Este documento tiene fines educativos y no es una recomendación.

Principal®, Principal Financial Group® y el diseño del logotipo de Principal son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos, y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc. en varios países del mundo.

GP54930-12 (SP1348-06) | 04/2023 | 2843700-042023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Seguro de vida colectivo

Menos preocupaciones para tu viaje

El programa de asistencia al viajero te da tranquilidad en todo

Ya sea que estés viajando dentro de los Estados Unidos o fuera del país, puedes contar con AXA Assistance USA (AXA) para que tu viaje transcurra sin contratiempos. Además, con tu cobertura del seguro de vida colectivo a término de Principal®, tienes acceso a muchos servicios de asistencia al viajero totalmente gratis, tanto para viajes por negocios o por placer.

Cerca o lejos, tienes cobertura

Para viajes nacionales, internacionales o simplemente breves, AXA será tu fiel compañero de viaje. Este programa permite lidiar con los retos de viajar:

Artículos perdidos o robados
Nadie quiere perder pertenencias durante un viaje, pero a veces es inevitable. AXA brinda asistencia en la recuperación o reemplazo de pertenencias perdidas o robadas (dinero en efectivo y tarjetas de crédito inclusive) para que no te pierdas nada de nada.

Asistencia médica
Enfermarse o lastimarse durante un viaje no tiene ninguna gracia. AXA está ahí cuando más lo necesites para ayudarte a encontrar atención médica y dental cuando estés lejos de casa.

Comunícate fácilmente
A veces se necesita más que una lista de teléfonos, y cuando es así, AXA está allí para ayudarte a enviar mensajes, superar barreras del idioma o atender inquietudes legales.

Si tus viajes te llevan muy lejos de casa...
Cuanto más lejos de casa estés, más debes planificar. AXA te ayuda a prepararte para que tengas información antes de viajar, sepas los requisitos del viaje, las diferencias culturales y las precauciones que se deben tener en cuenta.

PROGRAMA DE ASISTENCIA DURANTE UN VIAJE

Llámanos cuando estés de viaje y necesites ayuda.
888-647-2611 en los EE.UU.
630-766-7696 llamada por cobrar fuera de los EE.UU.
Obtén más información y planifica tu viaje desde nuestro sitio web.
principal.com/travelassistance (folletos disponibles en español)

¿Cumples con los requisitos? Tú, tu cónyuge y tus hijos coafiliados pueden acceder a este servicio al estar de viaje a 100 millas (inclusive) de distancia de casa por hasta 120 días consecutivos. Además, tanto tu cónyuge como tus hijos coafiliados tienen cobertura, independientemente de si están viajando contigo o no.

Servicios de transporte por emergencia médica

Desafortunadamente, hay veces en que una emergencia médica interrumpe un viaje y es imprescindible ir al hospital o a casa. Este servicio se administra a cada afiliado o coafiliado admisible, por cada viaje en caso de situaciones de emergencia, incluyendo:

- Transporte por emergencia médica a un lugar diferente si es necesario por cuestiones de salud.
- Supervisión médica para el retorno al país de origen, también conocido como “repatriación”.
- Transporte de un familiar para estar junto al paciente.
- Transporte para el compañero de viaje para que pueda estar junto al paciente en un hospital diferente o centro de tratamiento.
- Transporte a casa para hijo o hijos coafiliados.
- Devolución de vehículo
- Devolución de restos mortales.

Para poder recibir este servicio, tu tratamiento debe estar autorizado y coordinado por personal designado de AXA. No se aceptará ningún reclamo de reembolso. Comunícate con AXA para conocer más detalles de los beneficios.

Uso de este servicio

Hay dos maneras muy prácticas para conectarse por si acaso:

1 | **Sitio web.** Planifica tu viaje con estos recursos útiles en **principal.com/travelassistance**. Aprende a crear una cuenta para acceder a información de viajes a través de Internet. Puedes recibir atención médica e información de seguridad sobre un país, buscar un médico de la zona y ver información práctica como la cultura empresarial y divisas.

2 | **Teléfono.** Cuando estés de viaje y necesites ayuda, llama al **888-647-2611 en los EE.UU.** o haz una llamada por cobrar al **630-766-7696 si estás fuera de EE.UU**. Tenemos ayuda disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Este programa no es un seguro.

Los servicios de asistencia al viajero serán proporcionados en la medida permitida por la ley correspondiente.

El seguro colectivo de vida de Principal® lo emite Principal Life Insurance Company, Des Moines, Iowa 50392.

No se prestarán servicios ni estarán disponibles por pérdidas o lesiones causadas por o como resultado de: parto normal, embarazo normal (excepto las complicaciones del embarazo), aborto voluntario, condiciones psicológicas o nerviosas (a menos que la persona sea hospitalizada), viaje efectuado en contra de la recomendación de un médico, viaje para recibir tratamiento médico, o viaje a un destino bajo advertencia de viaje nivel 4.

Los asegurados son responsables por cualquier cargo o gasto que surja, inclusive los de naturaleza médica. Al viajar a más de 100 millas de distancia (inclusive) de casa durante hasta 120 días consecutivos, los servicios de transporte por emergencias médicas incluyen la coordinación y pago de cualquier cargo razonable y habitual determinado por AXA Assistance USA, Inc. **No se aceptarán reembolsos por gastos de bolsillo** Este servicio no es parte de ningún contrato de seguro de Principal Life y podría cambiar o ser discontinuado en cualquier momento. No está disponible para pólizas colectivas emitidas en Nueva York. Aunque Principal® ha coordinado este programa para ti, los proveedores tercerizados son los únicos responsables de sus productos y servicios. AXA no es una compañía de Principal Financial Group®.

Principal®, Principal Financial Group®, Principal y el diseño de su logotipo son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo.

SP1484-07 (GP60039-07) | 05/2024 | 3566937-052024
© 2024 Principal Financial Services, Inc.

Nombre _____

Compañía _____

Número de contrato _____

El participante tiene derecho a recibir los servicios de salud y de viaje de AXA Assistance USA, Inc.

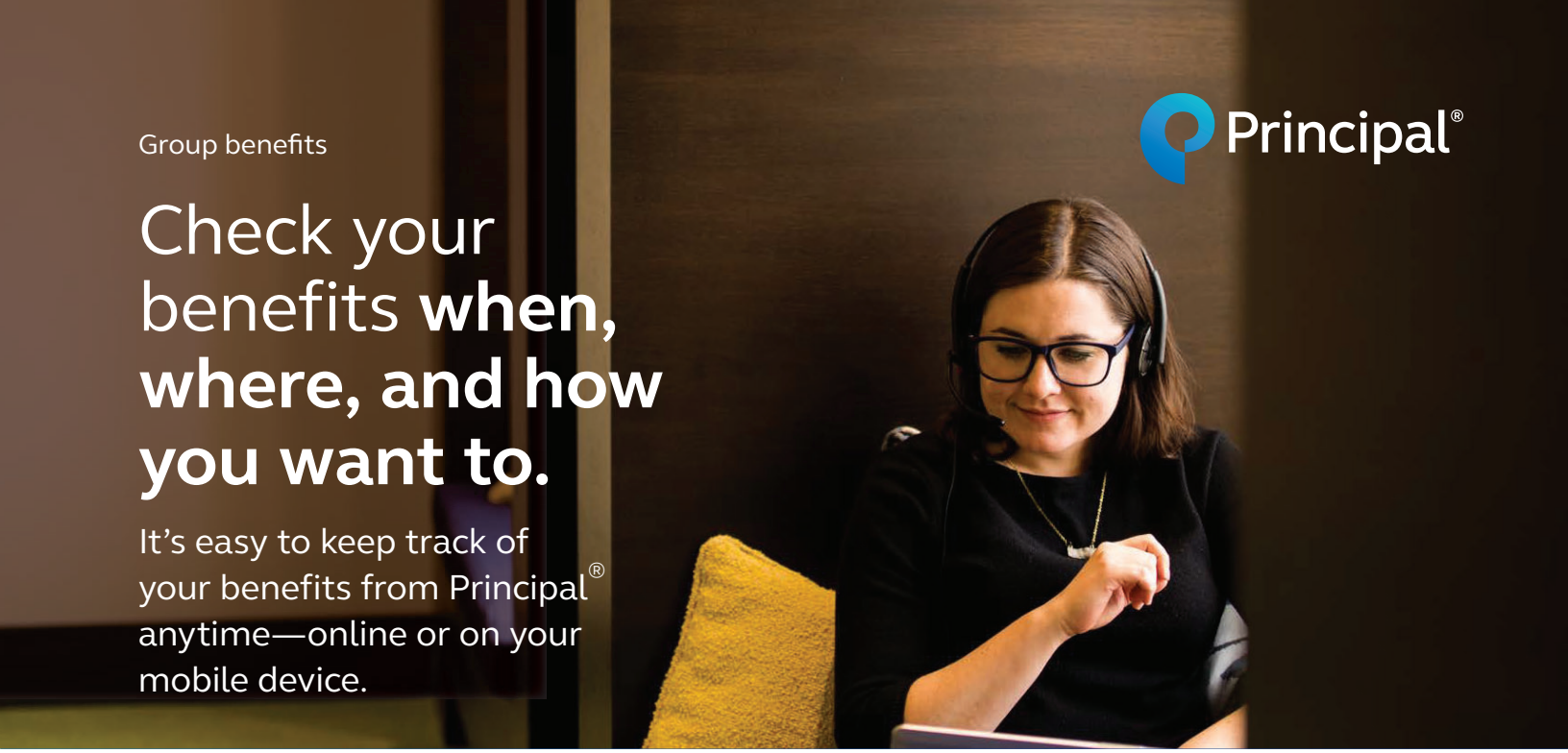
El portador de estar tarjeta es miembro de AXA Assistance USA, Inc. y tiene derecho a los servicios personales y de asistencia médica de AXA Assistance USA, Inc.

Este programa no es un seguro.

Todos los servicios deben ser provistos por AXA Assistance USA, Inc.

No se aceptará ningún reclamo de reembolso.

Los servicios de asistencia al viajero serán proporcionados en la medida permitida por la ley correspondiente



Group benefits

Check your benefits **when, where, and how you want to.**

It's easy to keep track of your benefits from Principal® anytime—online or on your mobile device.

Start by creating your account

1 | From your favorite browser, go to **principal.com** and select Log In. Or, download the **Principal® app** for free from the App Store or Google Play.

2 | Select **Individual,** then **Create an account.**

3 | Enter **personal information,** such as your first and last name, date of birth, and phone number. ID number and primary zip code are optional.

4 | Create a **username** and **password,** and provide an **email** address.

5 | You'll receive an email within a few minutes to **confirm** your account is ready to go. You can access your account information anytime, 24/7, with the username and password you've just set.

Manage your benefits on principal.com and the Principal® app

After logging in, you can manage your benefits and other Principal products you have when, where, and how it's convenient for you. Depending on your coverages, you can:

- View and manage claims.
- Get a 24-month history of your explanation of benefits (EOB).
- Access your summary of benefits, as well as benefit booklets.
- Find a list of covered dependents.
- View your dental and/or vision ID card, including dependent(s) names.
- Search for and contact a network dentist.
- Find discounts and services.
- Calculate coverage needs and more.

Keeping your account information safe

Your information is important to us. That's why we use verification codes to prevent others from accessing your account, even if they have your password. The first time you log in—on principal.com or the mobile app—you'll need to choose how you'll receive the codes.

If you log in from an unrecognized device, forget your password, or we notice anything out of the ordinary, the codes help us confirm it's really you accessing your account.

Let's connect

Need help setting up your login, or have other questions? Call us at **800-986-3343.** We're happy to help.

Principal®

principal.com

Principal® app is available for iPhone® and Android™. Apple® and iPhone are registered trademarks of Apple Inc. Android is a trademark of Google LLC. Google Play is a registered trademark of Google LLC.

Insurance products issued by Principal Life Insurance Company®, a member of the Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

You have the right to receive, free of charge, a paper copy of your benefit booklet and any changes at any time. Please contact your employer if you'd like to request a paper copy.

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

GP59610-12 | 05/2023 | 2885331-052023 | © 2023 Principal Financial Services, Inc.

Notificación de prácticas de privacidad para la información médica

Principal Life Insurance Company
Des Moines, IA 50392-0002

La versión en español del presente documento es suministrada por cortesía de Principal Life Insurance Company. Los documentos originales que establecen todas las disposiciones de las políticas, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones legales están redactados en inglés.

Si necesita asistencia, llame al 800-243-1404
entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., hora central, de lunes a viernes.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE O DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE.

Esta notificación de privacidad describe las prácticas de Principal Life Insurance Company para salvaguardar la información médica de cada persona. Los términos de esta notificación son para los asegurados, sus cónyuges y coasegurados para la cobertura de gastos dentales colectivos, seguro colectivo de indemnización por hospitalización y/o seguro colectivo por enfermedad grave con nosotros (“seguro”). En esta notificación o aviso, las expresiones “información de salud” o “datos personales de salud” hacen referencia a la información del asegurado que nosotros creamos, recibimos o mantenemos con relación al seguro, y que se relaciona con el estado físico o mental o con el pago de la atención médica que se le brinda al asegurado; dicha información podría ser utilizada razonablemente para identificar al asegurado. Esta Notificación entró en vigor el 14 de abril de 2003 y las correcciones a esta Notificación entran en vigor el 15 de mayo de 2024..

Por ley, debemos mantener la privacidad de la información médica de nuestros asegurados y coasegurados y proveer una notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de su salud. Es nuestra obligación cumplir con los términos de esta notificación siempre y cuando se mantenga en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación como sea necesario y de hacer efectiva la nueva notificación para toda la información médica que mantenemos. Las copias de las notificaciones corregidas se enviarán por correo a los patrocinadores de planes para que se distribuyan a los participantes que tengan cobertura con nuestro seguro en ese momento. El asegurado tiene el derecho de solicitar una copia en papel de la notificación, aunque originalmente haya solicitado una copia electrónica por e-mail.

Usos y divulgaciones de los datos personales de la salud del asegurado

Autorización. A excepción de lo que se explica a continuación, no usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito a menos que usted haya firmado un formulario autorizándonos el uso o divulgación. A menos que hayamos tomado cualquier medida con base en la autorización, usted tiene derecho a revocar una autorización si la solicitud de revocatoria se hace por escrito y se envía a: HIPAA Privacy Officer, Enterprise Privacy Office, Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392-0002. Una vez que recibamos la solicitud del asegurado, se le enviará un formulario para completar la revocatoria de la autorización.

Divulgaciones para el tratamiento. Podemos divulgar sus datos personales de salud en la medida necesaria para su tratamiento. Por ejemplo, un médico o institución de cuidado de la salud involucrada en su cuidado puede solicitar los datos personales de salud que tenemos en nuestro poder para asistirle en su cuidado.

Usos y divulgaciones para el pago. Usaremos y divulgaremos los datos personales de salud según sea necesario para propósitos relacionados con los pagos. Por ejemplo, podemos usar los datos personales de salud para procesar o pagar reclamos, por subrogación, para proporcionar una pre-determinación de los beneficios o para realizar revisiones futuras. También podemos enviar la información a otra aseguradora para que pueda procesar o pagar reclamos a su nombre. A menos que lo acordemos por escrito de otra manera, le enviaremos todo el correo con relación al cónyuge o coasegurado, incluyendo la información acerca del pago o denegación de los reclamos de seguro.

Usos y divulgaciones por motivo de operaciones médicas. Usaremos y divulgaremos los datos personales de salud según sea necesario para propósitos relacionados con operaciones médicas. Por ejemplo, podemos usar o divulgar los datos personales de salud para la evaluación y mejora de calidad, acreditación de proveedores de atención médica, tasas de primas, revisiones médicas o de cumplimiento. También podemos compartir su información médica con otra aseguradora, centros de salud o proveedor de atención médica para actividades relacionadas con la calidad y la administración de casos. Nosotros participamos en un acuerdo de cuidado de la salud organizado con el plan de salud del empleador de un asegurado. Podemos divulgar sus datos personales médicos al plan de salud para ciertas funciones en sus operaciones del cuidado de la salud. Esta notificación de privacidad no cubre las prácticas de privacidad de ese plan. Podemos contactar a sus proveedores de atención médica con respecto a los medicamentos recetados o tratamientos alternativos.

Otros usos y divulgaciones relacionados con la salud. Podemos comunicarnos con usted para hacerle recordatorios para sus citas, ofrecerle información acerca de tratamientos alternativos u otros programas, productos o servicios relacionados con la salud que puedan estar disponibles.

Información recibida antes de la inscripción. Podemos requerir y recibir de usted y sus proveedores de atención médica datos personales de salud antes de que usted contrate el seguro. Usaremos esta información para determinar si usted cumple los requisitos para contratar el seguro y para determinar las tasas. No usaremos ni divulgaremos ninguna información genética que obtengamos acerca de usted o provista por su historial familiar. Si no contrata el seguro, no usaremos ni divulgaremos la información que obtuvimos de usted para ningún propósito. La información provista en los formularios de inscripción o solicitudes será utilizada para todas las coberturas que usted está solicitando; algunas pueden estar protegidas por las leyes de privacidad estatales, pero no federales.

Asociados comerciales. Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios son realizados por personas u organizaciones externas en virtud de acuerdos o contratos. Podría ser necesario compartir sus datos personales de salud con estas personas u organizaciones externas que subcontratamos. Dichas organizaciones tienen la obligación de salvaguardar la privacidad de su información médica de forma adecuada. Principal Life Insurance Company puede ser en sí mismo un asociado a su plan de salud o compañía de seguro médico. Podríamos compartir su información médica con nuestro plan de salud o compañía de seguros y sus asociados según fuera necesario para cumplir con nuestras obligaciones contractuales. Por favor, vea el aviso de prácticas de privacidad emitido por su plan o compañía de seguros para conocer la información sobre cómo usa y divulga su información médica.

Patrocinador del plan. Cuando lo permita la ley, podemos divulgar al patrocinador del plan la cantidad mínima necesaria de sus datos personales de salud que éste necesite para realizar funciones administrativas en nombre del plan (si lo hay), siempre que el patrocinador del plan certifique que la información se mantendrá en forma confidencial y no será utilizada ni divulgada para acciones y decisiones relacionadas con el trabajo o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficio para el empleado del patrocinador del plan.

Familia, amigos y representantes personales. Con la aprobación del asegurado, podemos compartir con sus familiares, amigos cercanos u otras personas identificadas por el asegurado, la información médica relevante y relacionada con su cuidado o pago de los costos médicos. Si no está disponible, se encuentra discapacitado o en una situación de emergencia y determinamos que lo mejor para usted es una divulgación limitada, podemos compartir su información médica sin su aprobación. También podemos compartir su información médica con entidades públicas o privadas para asistir en situaciones de ayuda ante catástrofes.

Otros usos y divulgaciones. Por ley, podemos o debemos usar o compartir su información médica sin su autorización en los siguientes casos:

- Cualquier propósito requerido por la ley;
- Actividades de salud pública (como para reportar enfermedades, lesiones,nacimientos, defunciones o sospecha de abuso infantil o negligencia),
- A una autoridad gubernamental si creemos que una persona es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para actividades de supervisión de salud (por ejemplo, auditorías, inspecciones, acciones de otorgamiento de licencias o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales);
- Para los procedimientos administrativos o judiciales (por ejemplo, obedeciendo una orden judicial, citación o pedido de presentación de pruebas);
- Para propósitos de aplicación de la ley (por ejemplo, reporte de heridas o lesiones o para identificar o localizar sospechosos, testigos o personas extraviadas);
- Para médicos forenses y directores de funerarias;
- Para la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, donaciones de ojos o de tejidos;
- Para ciertos propósitos de investigación;
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad en ciertas circunstancias;
- Para actividades militares si usted integra las fuerzas armadas, para asuntos de inteligencia y seguridad nacional, o acerca de un preso o un individuo en una institución correccional u oficial de la ley que tenga la custodia; y
- Para cumplir con los programas de compensación de trabajadores.

Cumpliremos con todas las leyes y regulaciones estatales y federales que proveen protección de privacidad adicional. Tenemos prohibido utilizar o divulgar información de salud protegida relacionada con la genética de una persona para determinar si puede solicitar cobertura (si es elegible) y para determinar la cantidad de beneficios o primas o descuentos

(incluyendo reembolsos, pagos en especies u otros mecanismos diferenciales de beneficios o primas) a cambio de completar una evaluación de riesgo de salud o de participar en un programa de bienestar. No solicitaremos, utilizaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia sin su autorización (excepto en caso de defensa de una acción legal interpuesta por usted). No venderemos, utilizaremos ni divulgaremos sus datos personales de salud protegidos para fines de marketing sin su autorización, salvo en lo que permita la ley. Por ley, debemos mantener la privacidad de la información de salud protegida y proveer una notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud del asegurado, y avisarles a las personas afectadas en caso de que la seguridad de dicha información de salud protegida esté en peligro.

Derechos del asegurado

Restricciones en el uso y divulgación de su información médica. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo usamos o compartimos su información para tratamientos médicos, pagos u operaciones médicas. También tiene el derecho de solicitar restricciones en la información que se comparte con los miembros familiares u otros que participan de su cuidado o pagan por sus costos médicos. No estamos obligados a conceder las solicitudes de restricción. Si su solicitud de restricción es concedida, recibirá una carta de confirmación por escrito.

Recepción de comunicaciones confidenciales de sus datos personales de salud (información médica). Tiene el derecho de solicitar que nuestras comunicaciones relacionadas con sus datos personales de salud se hagan a través de formas alternativas (por ejemplo a través de fax) o en ubicaciones alternativas. Aceptaremos las solicitudes razonables.

Acceso a la información médica (datos personales de salud). Tiene derecho a inspeccionar y/u obtener una copia de sus datos personales de salud que mantenemos en su archivo designado, sujeto a ciertas excepciones. Las copias y el envío tienen un costo.

Enmiendas a sus datos personales de salud (información médica). Tiene derecho a solicitar enmiendas a sus datos personales de salud (información médica) para corregir errores. En ciertas circunstancias, no tendremos la obligación de conceder dicha solicitud.

Explicación de sus datos personales de salud (información médica). El asegurado tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud que nosotros hayamos hecho durante 6 años antes de su solicitud. La primera contabilización en cualquier período de 12 meses será gratis; sin embargo, se cobrará un cargo por cualquier solicitud posterior de contabilización durante ese mismo período.

Cómo ejercer sus derechos

Para ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, el asegurado debe enviar una solicitud por escrito indicando cuáles derechos desea ejercer a: HIPAA Privacy Officer, Enterprise Privacy Office, Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines IA 50392-0002. Una vez que recibamos la solicitud del asegurado, se le enviará un formulario (o formularios) para que los complete.

Quejas o reclamos. Si cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, dirija su queja por escrito a Complaint Handler, Workplace Benefits, Principal Life Insurance Company, 711 High Street, Des Moines, IA 50392-0002 o a la Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.) . No habrá represalias por presentar una queja.

Ante dudas o si necesita asistencia con relación a este aviso o sus derechos de privacidad, comuníquese con el centro de llamadas de Principal Life Insurance Company al (800) 843-1371.

principal.com

Los productos de seguros los emite Principal Life Insurance Company®, una compañía de Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

Principal®, Principal Financial Group®, y el diseño del logotipo de Principal son marcas registradas de Principal Financial Services, Inc., una compañía de Principal Financial Group, en los Estados Unidos y son marcas registradas y marcas de servicio de Principal Financial Services, Inc., en varios países del mundo

SP1883C-03 (English GP61990C-03) | 12/2022 | 2620897-122022 | © 2022 Principal Financial Services, Inc.