

LAMAR CISD 2025-2026 GUÍA DE BENEFICIOS



SCAN ME



Jason Sweatt
Sr. Account Administrator
281.272.7608

Curtis Grant
Sr. Account Executive
281.272.7600

Trudy Harris
Director of Employee Services/Benefits, CSRM
832.223.0307
harris@lcisd.org

Antoinette Johnson-Lazaro
Human Resources/Employee Benefits
832.223.0315
antoinette.lazaro@lcisd.org

Índice

- [CENTRO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS](#)
- [CÓMO INSCRIBIRSE](#)
- [ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS Y COBERTURA](#)
- [PLANES DE LA SECCIÓN 125](#)
- [SEGURO DENTAL](#)
- [SEGURO DE VISIÓN](#)
- [RECURSOS DE LA FSA](#)
- [RECURSOS DE LA HSA](#)
- PRODUCTOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS
 - [SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D](#)
 - [SEGURO DE TEXAS LIFE](#)
 - [SEGURO POR DISCAPACIDAD](#)
 - [SEGURO CONTRA CÁNCER](#)
 - [SEGURO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES](#)
 - [SEGURO CONTRA ACCIDENTES SOLAMENTE](#)
 - [TRANSPORTE MÉDICO](#)
 - [PLANES VOLUNTARIOS DE JUBILACIÓN](#)
 - [PLANES DE JUBILACIÓN 403\(b\)](#)
 - [PLANES DE JUBILACIÓN 457\(b\)](#)
 - [FFINVEST](#)
 - [PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO](#)
 - [SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA](#)
 - [SEGURO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO](#)
 - [COBRA](#)
 - [ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MEDICARE](#)
 - [CLEVER RX](#)
- [INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS](#)

Esta guía contiene un resumen de los beneficios que ofrece su empleador. Si hubiese un conflicto entre los términos de este resumen de beneficios y los contratos reales, prevalecerán los términos de los contratos.

Centro de Beneficios para Empleados

¡Una guía para sus beneficios!

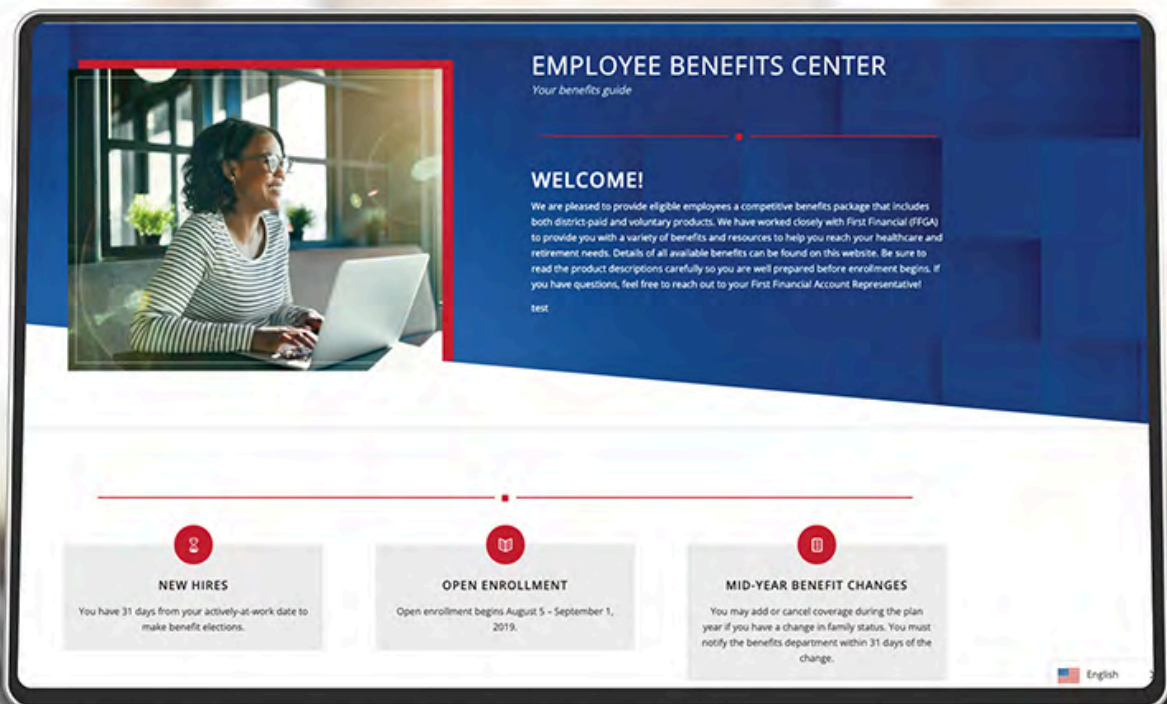
Lamar CISD y FFGA se complacen en ofrecerle un sitio web personalizado con información sobre sus beneficios. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para ver las opciones de beneficios actuales para su empleador, así como para encontrar formularios de reclamación, números de teléfono importantes e información de inscripción.

No es necesario registrarse para acceder al sitio. Simplemente ingrese la URL que aparece a continuación en su navegador y será dirigido a su Centro de Beneficios para Empleados.



¡Escanee el código QR para obtener más información sobre los planes que están disponibles este año del plan!

<https://ffbenefits.ffga.com/lamarcisd>



Cómo inscribirse

Inscripción en los Beneficios

Inscripción en el sitio

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta FFGA estará en el lugar para ayudarle a realizar sus elecciones. Visite su EBC para obtener más información.

Open Enrollment Dates: April 22, 2025 - June 30, 2025

Inscripción en línea

Para comenzar la inscripción en línea, visite <https://ffga.benselect.com/Enroll/login.aspx>.

Inscribirse ahora

Iniciar sesión

- Inicio de sesión: Su identificación de empleado o número de seguro social (sin guiones)
- PIN (sólo el primer inicio de sesión): Los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y los dos últimos dígitos del año en que nació (seis dígitos en total)
- Nuevo PIN: La primera vez que inicie sesión se le pedirá que cambie a un nuevo PIN. Tome nota de su nuevo PIN porque lo utilizará a partir de ese momento.

Ver los beneficios actuales

Después de iniciar sesión, llegará a la pantalla de bienvenida. Sus beneficios actuales y deducciones de primas aparecerán en esta pantalla.

Ver/agregar dependientes

Haga clic en Siguiente para ver a sus dependientes. Es muy importante asegurarse de que los números de seguro social y las fechas de nacimiento que se muestran sean correctos. Si planea agregar dependientes, deberá ingresar su nombre legal, números de seguro social y fechas de nacimiento.

Comenzar a hacer elecciones

Haga clic en Siguiente nuevamente para comenzar a elegir sus beneficios. Recuerde, no se pueden realizar cambios en sus elecciones durante el año del plan a menos que tenga un cambio calificado a mitad de año según la Sección 125 o un evento de inscripción especial.

Instrucciones del Centro de Asistencia para la Inscripción

Llame al 855-765-4473 y siga las indicaciones para conectarse con su oficina local de FFGA. El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m. (hora local) de lunes a viernes. Existe la opción de dejar un mensaje de voz para que un representante le devuelva la llamada. Las llamadas telefónicas se devolverán lo antes posible o el siguiente día hábil si es fuera del horario de atención.

Elegibilidad para Beneficios y Cobertura

Cobertura de los Empleados

Elegibilidad

Los empleados elegibles deben estar trabajando activamente en la fecha de vigencia del plan para que los nuevos beneficios entren en vigencia.

Empleados nuevos

Tiene 31 días a partir de su fecha de estar activo en el trabajo para realizar elecciones de beneficios. La cobertura del seguro entra en vigencia el primer día del mes siguiente a un período de espera de 30 días calendario.

Empleados existentes

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta de FFGA estará disponible para ayudarle a realizar sus elecciones. Sus elecciones se pueden realizar en cualquier momento durante la inscripción anual en línea desde la computadora de su trabajo o de su hogar. Antes de inscribirse, tómese el tiempo para informarse sobre los beneficios disponibles y qué opciones funcionarían mejor para usted y su familia visitando el Centro de Beneficios para Empleados.

Cambios de beneficios a mitad de año

Puede agregar o cancelar la cobertura durante el año del plan si tiene un cambio en su estado familiar. Debe notificar al departamento de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio.

Los eventos de vida calificados incluyen:

- Cambios en el grupo familiar, como matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte de un hijo dependiente
- Pérdida de cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, pérdida de cobertura médica existente, incluidos planes laborales, individuales y estudiantiles, pérdida de elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP, cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres

Rechazo de la cobertura

Si es elegible para recibir beneficios, pero desea RECHAZAR la cobertura, complete la inscripción en línea, ya sea en la computadora de su trabajo o de su hogar. En cada opción, deberá seleccionar "renunciar". **De todas formas, tendrá que completar la información del beneficiario.**

Planes de la Sección 125

Información y Reglas de los Planes de la Sección 125

Un Plan de la Sección 125 proporciona una manera de ahorrar impuestos para pagar los gastos elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes. Los fondos se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos.

Así es cómo funciona

Un Plan de la Sección 125 reduce sus impuestos y aumenta su salario neto al permitirle deducir el costo de los beneficios elegibles de sus ganancias antes de impuestos. Además, el plan está disponible para usted sin costo alguno y usted ya es elegible – todo lo que tiene que hacer es inscribirse.

¿Es adecuado para mí?

Los ahorros que usted puede conseguir con un Plan de la Sección 125 se detallan en el ejemplo a continuación. Por ejemplo, potencialmente podría llevarse a casa alrededor de \$70 más cada mes si participa en el Plan de la Sección 125 de su empleador – ¡eso constituye un ahorro de \$840 al año!

No puede cambiar sus elecciones de beneficios para el año del plan a menos que la oficina de beneficios reciba una notificación por escrito dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación. Si no se notifica a la oficina de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación, no se puede realizar ningún cambio de beneficios hasta la próxima inscripción abierta anual.

Los cambios de situación familiar especificados por el IRS incluyen:

- Cambio en el estado civil
- Cambio en el número de dependientes
- Terminación o comienzo del empleo
- El dependiente satisface o deja de satisfacer sus requisitos de elegibilidad
- Cambio de residencia o lugar de trabajo que afecta la elegibilidad para la cobertura

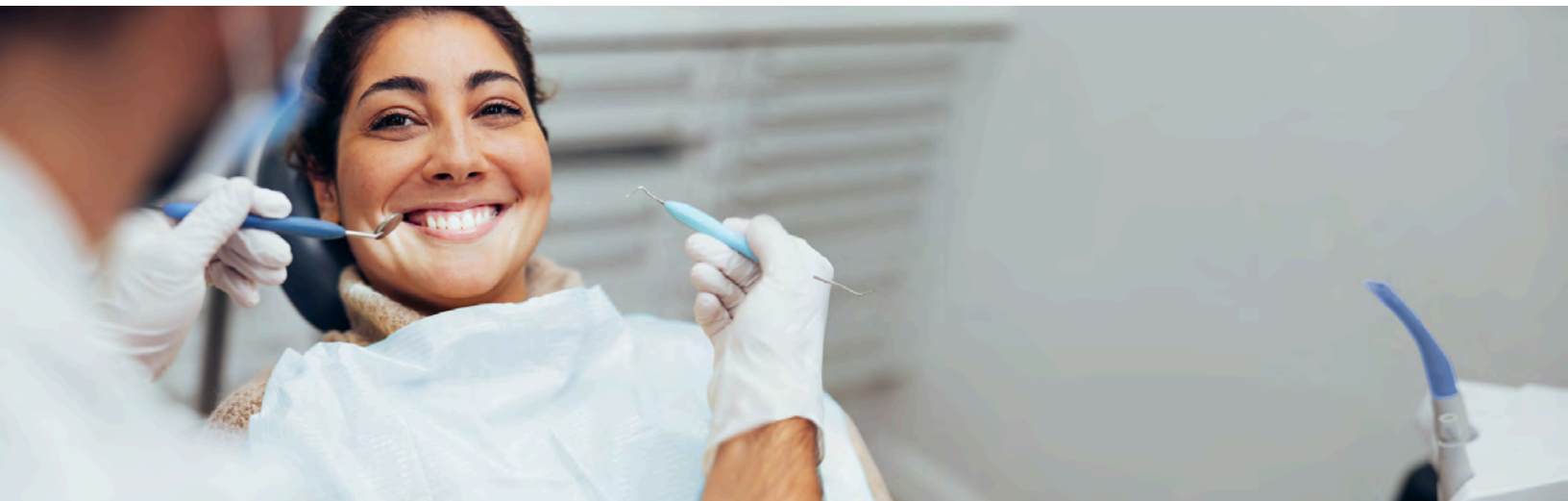
Ejemplo de cheque de pago del Plan de la Sección 125		
	Sin S125	Con S125
Salario mensual	\$2,000	\$2,000
Menos deducciones médicas	-N/A	-\$250
Ingresos brutos disponibles	\$2,000	\$1,750
Menos impuestos (fed./est. a. 20%)	-\$400	-\$350
Menos FICA calculado (7.65%)	-\$153	-\$133
Menos deducciones médicas	-\$250	-N/A
Salario neto	\$1,197	\$1,267

¡Podría ahorrar \$70 mensuales en impuestos pagando sus beneficios antes de impuestos!

** Las cifras del ejemplo de cheque de pago anterior son sólo para fines ilustrativos.*

Seguro Dental

Opciones de Planes



UHC | www.uhc.com | 877.816.3596

Cuidar su salud bucal no es un lujo, es una necesidad para tener una salud óptima a largo plazo. El seguro dental puede reducir en gran medida sus costos cuando se trata de procedimientos preventivos, restaurativos y de emergencia. Revise los beneficios del plan para ver qué opción es mejor para usted y las necesidades dentales de su familia. Se pueden cubrir una variedad de procedimientos, tales como:

- Exámenes completos
- Limpiezas
- Rayos X
- Empastes
- Extracciones de dientes
- Anestesia general
- Coronas
- Endodoncias

Primas Mensuales de la Cobertura Dental			
	UHC Low PPO	UHC High PPO	UHC (ENDP)
Empleado Solo	\$20.70	\$21.79	\$6.53
Empleado + Cónyuge	\$41.39	\$43.58	\$12.66
Empleado + Hijos	\$51.94	\$54.69	\$13.69
Empleado + Familia	\$75.95	\$79.97	\$19.82

Seguro de Visión

New Carrier

» LEARN MORE

EyeMed | www.eyemed.com | 866.939.3633

El cuidado adecuado de la vista es esencial para su bienestar general. Los exámenes regulares de la vista a cualquier edad ayudarán a prevenir enfermedades oculares y mantendrán su visión fuerte en los años venideros.

Su empleador le ofrece un plan de visión para atender sus necesidades y las de su familia. Debe inscribirse en el plan de visión cada año del plan y las primas generalmente se pagan mediante deducciones de nómina. Éstas son sólo algunas de las áreas en las que ahorrará dinero con su plan:

- Exámenes de la vista
- Lentes de contacto
- Corrección de la visión
- Anteojos
- Cirugías oculares

Prima Mensual de la Cobertura de Visión	
Empleado Solo	\$11.11
Employee + Uno	\$21.78
Empleado + Familia	\$30.21



More of what's best, not more of the same

Get the most out of your vision plan with these EyeMed highlights

- Ability to use the frame and contact lens allowances in the same benefit year—worth up to an extra \$160.00¹
- Separate contact lens fit & follow-up coverage leaving the entire allowance for materials

Plus, with us, you always get

 NETWORK Reinventing choice and convenience	 BENEFITS Redefining flexibility and value	 EASY Reimagining simple and transparent
• America's largest vision network² • The right mix of independent eye doctors and national and regional retail providers – so members can go where they want, when they want. • In-network options for buying glasses and contacts online at glasses.com, lenscrafters.com, contactsdirect.com, targetoptical.com, oakley.com and rayban.com – with benefits applied directly in the shopping cart.	• The freedom to choose any prescription frame, lens or contact lens without restrictions at any of our retail and independent provider locations, or at one of our many online options. • Complimentary HealthyEyes wellness program that keeps the focus on eye health with online tools, articles and videos to make the conversation around vision even easier. • Members enjoy exclusive savings on LASIK, including up to \$1000 off at preferred providers or 5% off the in-store promotional price.³	• Cost transparency with our Know Before You Go cost estimator. • Digital Tools like online scheduling⁴, a mobile app and personalized text alerts. • Welcome kits, ID cards and open enrollment support to ensure employees understand their benefits.

We can't wait to work with you—

Contact Taylor Rudolph at trudolph@eyemed.com with questions

¹ This document provides highlights of one or more EyeMed plans. Frame allowances may vary by plan. Please consult your EyeMed representative for more information.

² Based on the EyeMed Insight network, Spring 2022.

³ Preferred lasik providers include LasikPlus, TLC Laser Eye Centers and The LASIK Vision Institute

⁴ At select locations

Benefits

EE.160 BAFO
Exam & Materials
Insight Network
Fully Insured
Employee Paid

Monthly rates

Subscriber
\$11.11

Subscriber + 1
\$21.78

Subscriber + Family
\$30.21

SUMMARY OF BENEFITS

VISION CARE SERVICES

EXAM SERVICES once every plan year

Exam

\$10 copay

Up to \$40

Retinal Imaging

\$0 copay

Up to \$0

FRAME once every plan year

Frame

\$0 copay; 20% off balance over \$160 allowance

Up to \$80

STANDARD PLASTIC LENSES in lieu of contacts once every plan year

Single Vision

\$25 copay

Up to \$30

Bifocal

\$25 copay

Up to \$50

Trifocal/Lenticular

\$25 copay

Up to \$70

Progressive – Standard

\$80 copay

Up to \$50

Progressive – Premium Tier I, II, or III

\$110, \$120, or \$135 copay

Up to \$50

Progressive – Premium Tier IV

\$240 copay

Up to \$50

LENS OPTIONS

Anti Reflective Coating – Standard

\$45 copay

Up to \$23

Anti Reflective Coating – Premium Tier I, II, or III

\$57, \$68, or \$100 copay

Up to \$23

Polycarbonate – Standard < 19 years of age

\$0 copay

Up to \$20

CONTACT LENSES in lieu of lenses once every plan year

Contacts – Conventional

\$0 copay; 15% off balance over \$160 allowance

Up to \$80

Contacts – Disposable

\$0 copay; 100% of balance over \$160 allowance

Up to \$80

Contacts – Medically Necessary

\$0 copay; paid-in-full

Up to \$300

All plans are based on a 48 month contract and 48 month rate guarantee. Monthly Rate is subject to adjustment even during a rate guarantee period in the event of any of the following events: changes in benefits, employee contributions, the number of eligible employees, or the imposition of any new taxes, fees or assessments by Federal or State regulatory agencies. The Plan reserves the right to make changes to the products available on each tier.



Monthly rates

Subscriber
\$11.11

Subscriber + 1
\$21.78

Subscriber + Family
\$30.21



Plan Details

Quote for group sitused in the State of TX and will be valid until the 09/01/2025 implementation date. Date Quoted 01/07/2025. Rates are valid only when the quoted plan is the sole stand-alone vision plan offered by the group. Percentage discounts are not part of the insurance benefit. Underwritten by Fidelity Security Life Insurance Company® of Kansas City, Missouri, except in New York. Fidelity Security Life Policy number VC-146, form number M-9184. This is a snapshot of your benefits. The Certificate of Insurance is on file with your employer.

Plan Exclusions/Limitations

No benefits will be paid for services or materials connected with or charges arising from: medical or surgical treatment, services or supplies for the treatment of the eye, eyes or supporting structures; Refraction, when not provided as part of a Comprehensive Eye Examination; services provided as a result of any Workers Compensation law, or similar legislation, or required by any governmental agency or program whether federal, state or subdivisions thereof; orthoptic or vision training, subnormal vision aids and associated supplemental testing; Aniseikonic lenses; any Vision Examination or any corrective Vision Materials required by a Policyholder as a condition of employment; safety eyewear; solutions, cleaning products or frame cases; non-prescription sunglasses; plano (non-prescription) lenses; plano (non-prescription) contact lenses; two pair of glasses in lieu of bifocals; electronic vision devices; services rendered after the date an Insured Person ceases to be covered under the Policy, except when Vision Materials ordered before coverage ended are delivered, and the services rendered to the Insured Person are within 31 days from the date of such order; or lost or broken lenses, frames, glasses, or contact lenses that are replaced before the next Benefit Frequency when Vision Materials would next become available. Fees charged by a Provider for services other than a covered benefit and any local, state or Federal taxes must be paid in full by the Insured Person to the Provider. Such fees, taxes or materials are not covered under the Policy. Allowances provide no remaining balance for future use within the same Benefit Frequency. Some provisions, benefits, exclusions or limitations listed herein may vary by state.

We're committed to keeping money in our members' pockets. That's why we offer our members additional discounts above the proposed plan benefits

VISION CARE SERVICES

IN-NETWORK MEMBER COST

CONTACT LENS FIT AND FOLLOW-UP

Fit and Follow-Up – Standard

Up to \$40

Fit and Follow-Up – Premium

10% off retail price

LENS OPTIONS

Photochromic – Non-Glass

\$75

Polycarbonate – Standard

\$40

Scratch Coating – Standard Plastic

\$15

Tint – Solid or Gradient

\$15

UV Treatment

\$15

All Other Lens Options

20% off retail price

40%OFF



additional pairs of glasses

20%OFF

any item not covered by the plan,
including non-prescription sunglasses

15%OFF

retail price or 5% off promotional price
for Lasik or PRK from US Laser NetworkUP
TO 66%OFFhearing aids, with an extended
warranty and free batteries through
Amplifon Hearing Health Care Network

Members can get exclusive additional discounts and deals that are often stackable with their vision benefits at member.eyemedvisioncare.com

DISCOUNT DETAILS

Discounts are not insured benefits. Member receives a 20% discount on items not covered by the insurance plan at EyeMed In-Network locations. Plan discounts cannot be combined with any other discounts or promotional offers. In certain states members may be required to pay the full retail rate and not the negotiated discount rate with certain participating providers. Please see EyeMed's online provider locator to determine which participating providers have agreed to the discounted rate. Discounts on vision materials may not be applicable to certain manufacturers' products. The Plan reserves the right to make changes to the products on each tier and the member out-of-pocket costs. Fixed pricing is reflective of brands at the listed product level. All providers are not required to carry all brands at all levels. Service and amounts listed above are subject to change at any time.

Size up the bottom line



Many of our members don't have out-of-pocket costs beyond their copays. But for those who do, we've designed a helpful online tool. It estimates what their total costs will be ahead of time – so there are fewer surprises when it's time to pay their provider.

MEMBERS GET THEIR TOTAL IN 3 SIMPLE STEPS

Our Know Before You Go out-of-pocket cost estimator provides simple, clear definitions and explanations of common product options and add-ons. It's easy to understand and a cinch to use:

- 1 Members see a list of available services and products
- 2 Members choose their preferences for each item
- 3 Members' estimated out-of-pocket total, if any, appears on-screen



Learn more about how we make vision benefits easy to use –
Contact your EyeMed rep or visit starthere.eyemed.com

Know-how and show-how

SUPPORT WHEREVER YOU ARE, WHATEVER YOU'RE DOING

Eye care is an experience. From the day you enroll to the day you find your favorite frames, we'll be part of it. Guiding. Advising. Helping you make the most of your vision benefits.

We go out of our way to make your benefits easy to understand – and even easier to experience.

MAKING LIFE EASIER EVERY DAY



WELCOME KIT

You've probably already seen your Welcome Kit in the mail. It'll give you a head start with benefit details, the 10 closest eye doctors and your ID card.



MEMBER APP

Our member app is like a personal assistant. Login with 1 touch. Find an eye doctor. Pull up your prescription or ID card anytime (or store it in your Wallet).*



CALL CENTER

Get live help from one of America's highest-rated call centers. Our call center resolves 99.4% of issues during the first call.

SEE THE GOOD STUFF

Register on eyemed.com or grab the member app (App Store or Google Play) now



VISION AIDS

Get guidance from the vision experts at eyesiteonwellness.com. Plus learn how to maximize your benefits and get special offers when you sign up for inSIGHTS.



TEXT ALERTS

Get updates and reminders, tips to maximize your benefits and extra ways to save money – right to your mobile device. **Call 844.873.7853 to opt in.** Be sure to have your 9-digit Member ID handy.



MEMBER WEB

Manage your vision benefits, find an eye doctor, print ID cards, get special offers and more on eyemed.com.

eye
Med

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS®

PEARLE
VISION
EST. 1961

OPTICAL

* Touch ID, Face ID and Apple Wallet features available only on iPhones
This information is available broadly and is not plan or state specific. Offers are not valid in the state of Texas.

PDF-1902-M-264



ALL THE TOOLS YOU NEED. THE CHOICE YOU DESERVE.

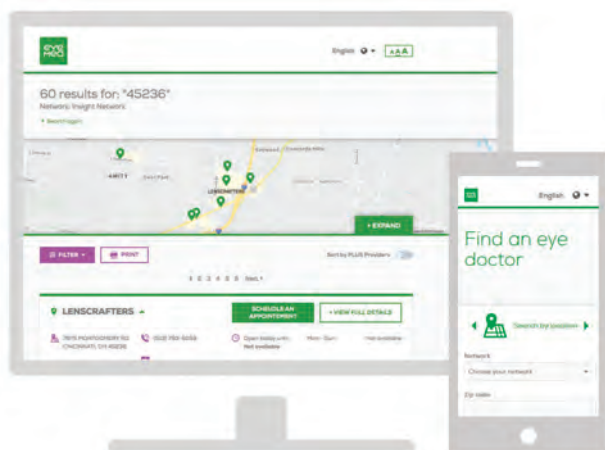
Search. Select. Save. (Simple.)

OUR PROVIDER LOCATOR TAKES THE GUESSWORK OUT OF FINDING AN EYE DOCTOR

When you stay in-network, you keep more money in your pocket.
Our Provider Locator helps you find the best fit.

SIMPLY DESIGNED AND TAILORED TO YOU, THERE'S A TON YOU CAN DO:

- Search by zip code, your current location, doctor name, practice name or network
- See each provider's info at a glance – hours, specialties, proximity to you
- Filter results by services, brands, language spoken and more
- Get door-to-door directions and a handy map view
- Schedule an eye exam online at many locations



FIND YOUR IN-NETWORK EYE DOCTOR THE EASY WAY
Log in to your account or visit eyemed.com

This information is available broadly and is not plan or state specific. Offers are not valid in the state of Texas.

**INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK**



LENSCRAFTERS

**PEARLE
VISION**

OPTICAL



Cuentas de Gastos Flexibles

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com
1.866.853.3539 P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

FSA de Atención Médica

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica (FSA de Atención Médica) es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar los gastos médicos de bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Si su plan incluye una opción de período de gracia, tiene tiempo adicional para incurrir y reclamar fondos no utilizados en el nuevo año del plan. Tenga en cuenta que los saldos restantes después de que se agote el período de gracia se perderán según la regla de "úselo o piérdalo".

El monto máximo de su contribución para 2025 es de \$3,300.

Puntos Destacados de la FSA de Atención Médica

- Las contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos, lo que ayuda a reducir sus ingresos imponibles y aumentar sus ingresos disponibles.
- Su elección completa estará disponible para usted al comienzo del año del plan.
- Sea conservador – cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año del plan se perderá.
- Use su tarjeta de beneficios para pagar los gastos calificados por adelantado para que no tenga que gastar dinero de su bolsillo.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.

NOTA: El IRS requiere pruebas de que todos los gastos son elegibles. Guarde todos los recibos en caso de que necesite justificar una reclamación a efectos fiscales. Su recibo debe incluir la fecha de la compra o del servicio, el monto que debía pagar después del seguro, la descripción del producto o servicio, el nombre del comerciante o proveedor y el nombre del paciente.

FSA para el Cuidado de Dependientes

Con una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes, usted puede apartar parte de su sueldo antes de impuestos para pagar los gastos elegibles del cuidado de dependientes, como cuidado de niños, niñeras y cuidado diurno para adultos.

Puede asignar hasta \$5,000 por año fiscal para el reembolso de los servicios de cuidado de dependientes. Si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado, el límite es de \$2,500.

Puntos destacados de la FSA para el Cuidado de Dependientes

- Los dependientes elegibles deben ser declarados como una exención en su declaración de impuestos.
- Los dependientes elegibles deben ser hijos menores de 13 años o un adulto dependiente incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Los fondos están disponibles a medida que se realizan contribuciones a su cuenta.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.
- Los saldos se perderán al final del período de "runoff" o de gracia.

Recursos de la FSA

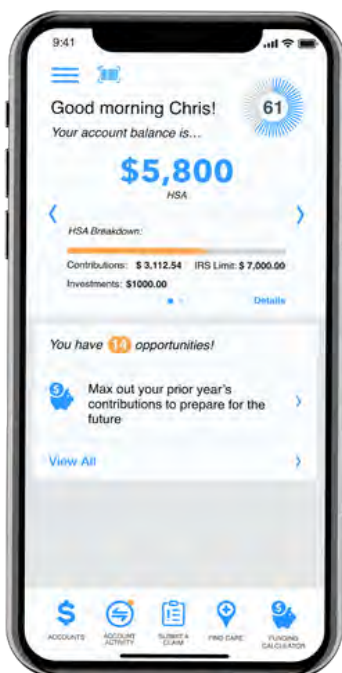
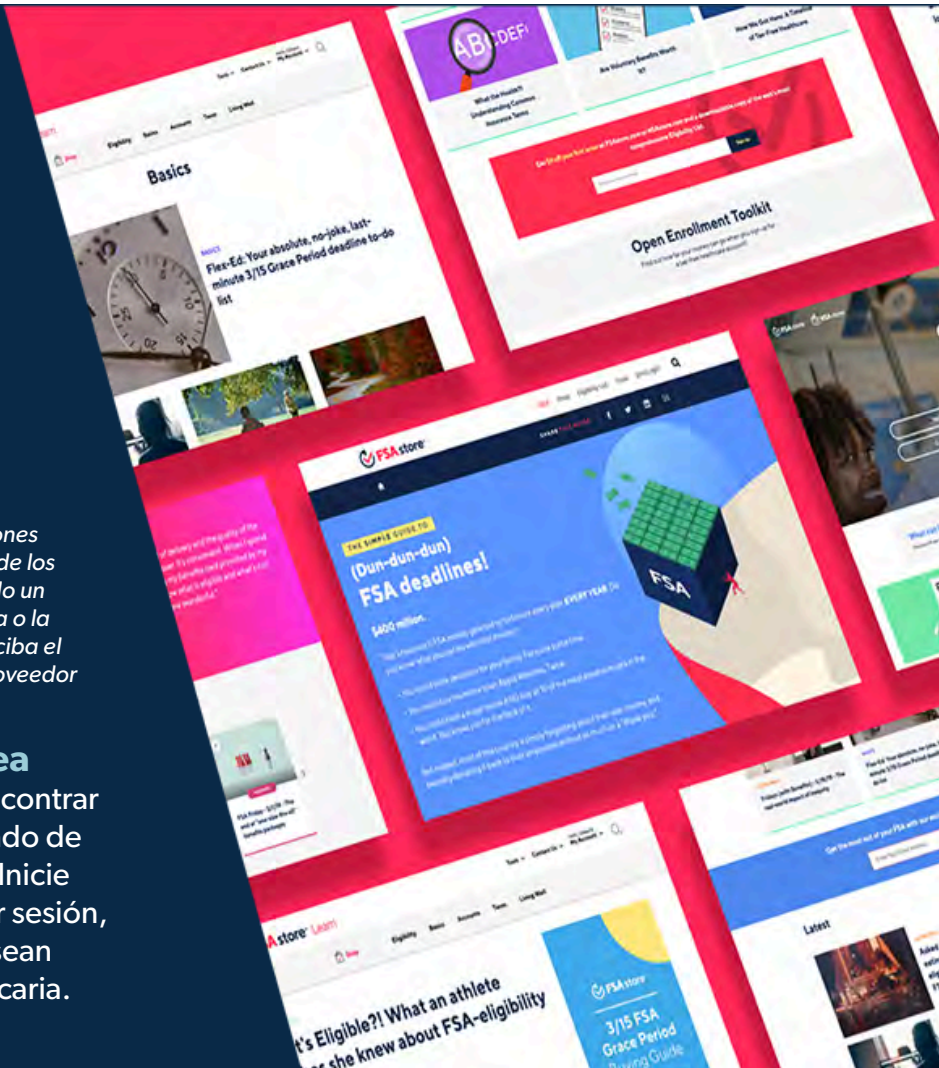
Tarjeta de Beneficios

La Tarjeta de Beneficios de FFGA está disponible para todos los empleados que participan en una FSA de Atención Médica y/o una FSA para el Cuidado de Dependientes. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

El IRS requiere la validación de la mayoría de las transacciones para las FSA. Deberá presentar recibos para la validación de los gastos cuando se le solicite. Si no lo justifica proporcionando un recibo a FFGA dentro de los 60 días posteriores a la compra o la fecha del servicio, su tarjeta se suspenderá hasta que se reciba el recibo necesario o la explicación de los beneficios de su proveedor de seguros.

Vea los detalles de su cuenta en línea

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de reclamación y verificar el estado de reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en www.ffga.com. Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos sean depositados directamente en su cuenta bancaria.



Aplicación FF Mobile Account

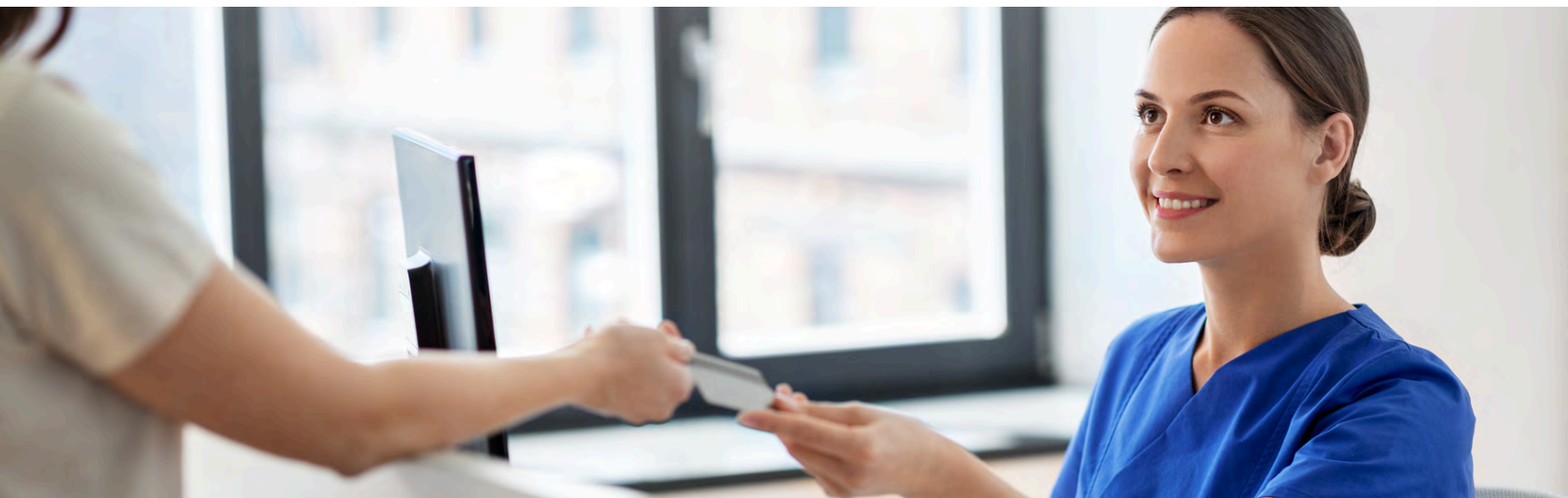
Con la Aplicación FF Mobile Account, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación, ¡y más! La aplicación FF Mobile Account está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store o Google Play Store.

Tienda de la FSA

FFGA se ha asociado con la Tienda de la FSA para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite la tienda en <http://www.ffga.com/individuals/#stores> para obtener más detalles y ofertas especiales.



FSA de Propósito Limitado



First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 1.866.853.3539
P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (LPFSA) funciona junto con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para que usted optimice aún más sus ahorros fiscales. Al establecer una LPFSA, puede ahorrar dinero en impuestos al usar la cuenta para gastos dentales y de visión elegibles mientras conserva los fondos de su HSA para otros fines, incluido simplemente guardar esos fondos para el futuro.

Su monto máximo de contribución para 2025 es de \$3,300.

Puntos destacados de la FSA de Propósito Limitado

- Sólo ciertos gastos dentales y de visión son elegibles, como exámenes de la vista, lentes de contacto y anteojos.
- Se puede acceder a los fondos presentando una reclamación o pagando los gastos por adelantado con una tarjeta de débito de beneficios.
- Es posible que sea necesario verificar las compras durante el proceso de reclamación, así que asegúrese de guardar sus recibos.
- Si su empleador elige la disposición de transferencia, los saldos pueden transferirse al siguiente año del plan.

Cuenta de Ahorros para la Salud

United Healthcare | www.optumbank.com | 866.234.8913

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una excelente manera de ayudarle a controlar sus costos de atención médica. Funciona en conjunto con un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado para combinar ahorros libres de impuestos destinados a gastos médicos calificados. Una HSA le permite ahorrar dinero para pagar deducibles más altos asociados con un HDHP de prima mensual más baja. El dinero que ahorra en primas de seguro mensuales está reservado para gastos médicos elegibles en los que incurra en el futuro. Los gastos elegibles incluyen cosas como copagos y deducibles, recetas, gastos de visión, atención dental, terapia y suministros médicos.

Puntos destacados de la Cuenta de Ahorros para la Salud

- Balances roll over from year to year and earn interest along the way.
- Portable – you keep it even after you leave employment.
- Tax advantages – invest money in mutual funds to grow your tax savings for either future healthcare costs or retirement.
- Pay for expenses with a benefits debit card that gives you immediate access to your money at the time of purchase.
- Expenses also can be reimbursed through our online portal, online bill pay directly to your provider or submitting a distribution request form.
- Receipts are not required for reimbursement but be sure to save them for tax purposes.

¿Quién puede participar en una HSA?

- Debe estar inscrito en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado.
- No puede estar inscrito en Tricare o Medicare ni estar cubierto por el plan de atención médica tradicional (no HDHP) de su cónyuge.
- No puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de propósito general o en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos.
- Se permiten Cuentas de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (sólo gastos dentales y de visión).
- No puede participar si su cónyuge tiene una FSA de propósito general o un HRA en su lugar de trabajo.
- No puede participar si lo reclaman como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

	2024	2025
Límites de contribución a la HSA	• Sólo usted: \$4,150 • Familia: \$8,300	• Sólo usted: \$4,300 • Familia: \$8,550
Límites del deducible del seguro médico	• Sólo usted: \$1,600 • Familia: \$3,200	• Sólo usted: \$1,650 • Familia: \$3,300

Contribuciones de \$1,000 para ponerse al día (55 años o más)

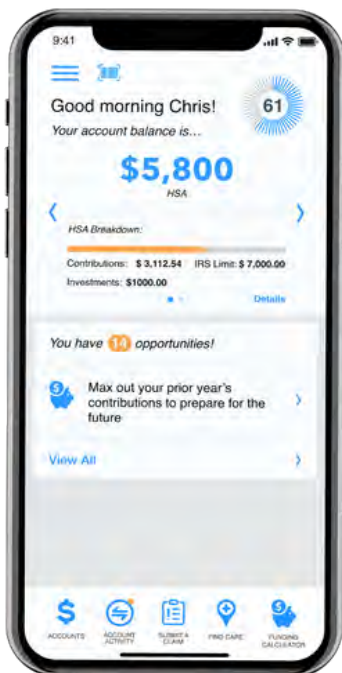
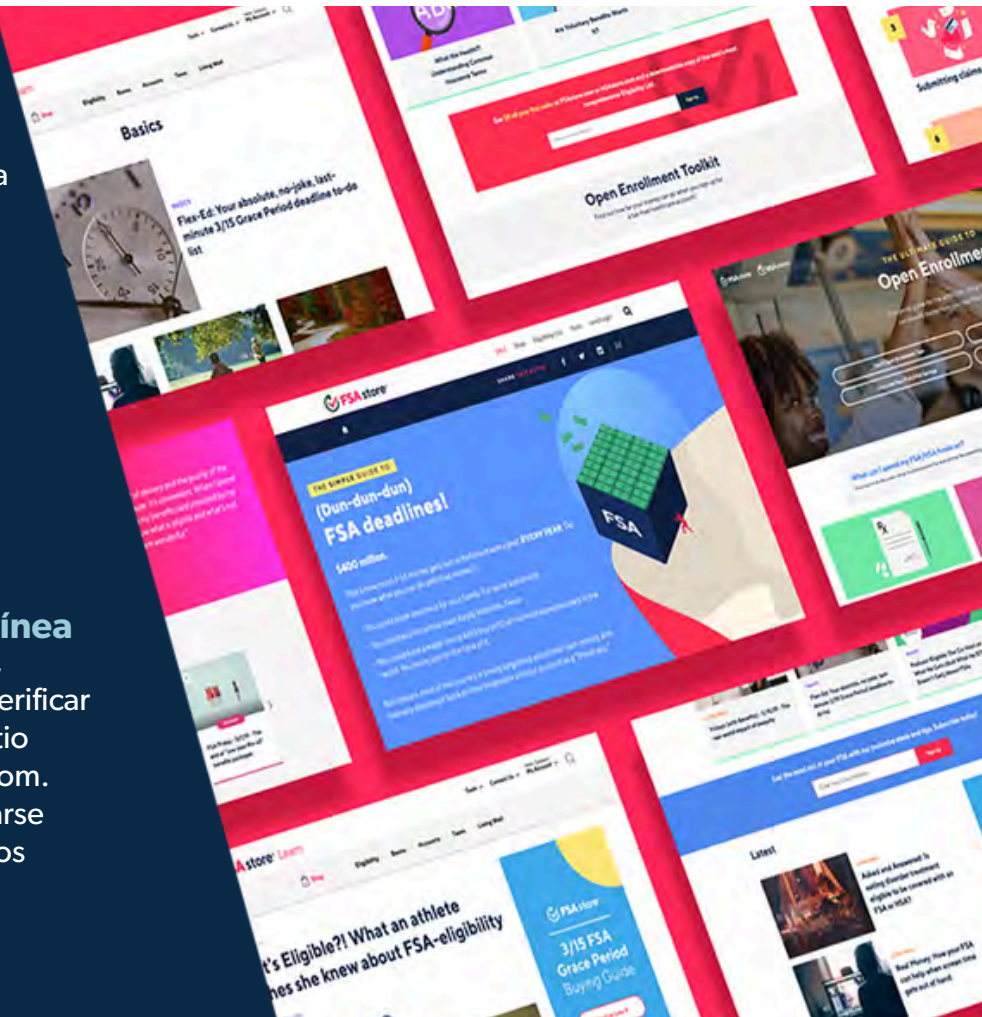
Recursos de la HSA

Tarjeta de Beneficios

Beneficios La Tarjeta de Beneficios de FFGA está disponible para todos los empleados que participan en una Cuenta de Ahorros para la Salud. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

Vea los detalles de su cuenta en línea

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de reclamación y verificar el estado de reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en www.ffga.com. Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos sean depositados directamente en su cuenta bancaria.



Aplicación FF Mobile Account

Con la Aplicación FF Mobile Account, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación, ¡y más! La aplicación FF Mobile Account está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store o Google Play Store.

Tienda de la HSA

FFGA se ha asociado con la Tienda de la HSA para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite la tienda en <http://www.ffga.com/individuals/#stores> para obtener más detalles y ofertas especiales.



Seguro de Vida a Término

Voluntario

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 800.662.1113

Seguro de Vida a Término Voluntario

El seguro de vida voluntario es una cobertura de vida a término que usted puede comprar además del plan de seguro básico de vida proporcionado por su empleador. Lo cubrirá por un período específico mientras esté empleado. Los montos de los planes se ofrecen en niveles para que pueda elegir el monto de cobertura que mejor se adapte a usted y su familia. Como se trata de un plan grupal, las primas suelen ser más bajas, así que es más económico obtener la tranquilidad que ofrece un seguro de vida. Se aplican limitaciones. Consulte la póliza para obtener más detalles. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para obtener más detalles.



Seguro de vida a término

Protegido por: American Fidelity Assurance Company

Seguro de vida a término convertible y renovable a 10, 20 y 30 años



Proceso de solicitud sencillo • Sin exámenes médicos • Excelente servicio al cliente • Obtener más información » »



Comercializado por:

First Financial Capital Corporation

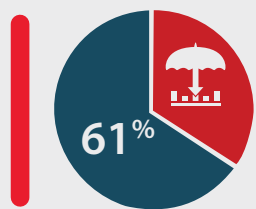
P.O. Box 670329 • Houston, TX 77267-0329

(281) 847-8422 | Teléfono gratuito (800) 523-8422

ffga.com

Fortalezca el plan financiero de su familia

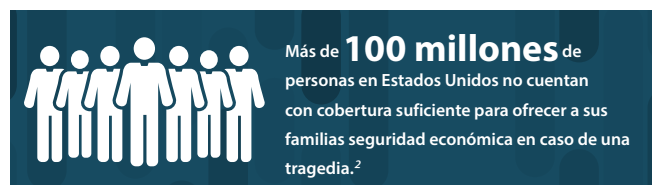
El seguro de vida es una parte fundamental de un plan financiero sólido. Si bien nada puede sustituir la pérdida de un ser querido, el **seguro de vida a término** puede ayudar a proteger a su familia cuando usted ya no esté. Ofrece cobertura a corto plazo a un precio competitivo. El seguro de vida a término puede ayudar a satisfacer necesidades temporales para aquellos que tienen un presupuesto limitado.



El **61%** de los adultos en los Estados Unidos no tienen un seguro de vida individual.¹

El seguro de vida ofrecido por su empleador es un beneficio importante. Sin embargo, es posible que no sea una protección suficiente para apoyar a sus seres queridos.

Una póliza de seguro de vida a término puede ayudar a complementar su cobertura existente. Además, usted es el dueño de la póliza y esto significa que puede llevársela con usted a otro empleo o al jubilarse.



Por qué necesita seguro de vida

Considere los siguientes gastos al elegir el plan de seguro de vida adecuado para usted.



Gastos finales

Costos de funeral • Facturas médicas impagas



Reemplazo de ingresos

Hipoteca/Renta • Otros préstamos



Ahorros

Planificación de sucesión • Objetivos de jubilación

¹LIMRA: Study Finds COVID-19 Spurs Greater Interest in Life Insurance [Estudio determina que COVID-19 aumenta el interés en los seguros de vida]; 23 de marzo de 2021; ²Según el Estudio 2023 Insurance Barometer realizado por LIMRA y Life Happens LIMRA: Estudio 2023 Insurance Barometer; 5 de mayo de 2023; P7.

El **Seguro de vida a término** es una estupenda opción para los años en que se encuentra trabajando y ganando dinero cuando los costos están generalmente en su nivel más elevado.

Las primas permanecerán iguales para el periodo de vigencia inicial seleccionado.³ El beneficio por muerte no cambiará durante la vida de la póliza y los beneficios por muerte generalmente se pagan libres de impuestos.

Tres pasos sencillos para estar cubierto

1

Seleccione un periodo de vigencia

Seleccione un periodo de vigencia de 10, 20 o 30 años.

2

Responda tres preguntas sobre su salud⁴

Se requieren solo tres preguntas sobre su salud para emitir la cobertura. No tiene que realizarse exámenes médicos invasivos.

3

Obtenga cobertura de beneficio por muerte de inmediato⁵

Su cobertura de beneficio por muerte comienza cuando firma la solicitud.

³Las tarifas se ajustarán en cada periodo de vigencia renovado. ⁴La emisión de la póliza puede depender de las respuestas a estas preguntas. ⁵La cobertura provisoria por muerte estará vigente desde la fecha de firma de su solicitud si en dicha fecha el asegurado propuesto es asegurable de acuerdo con nuestras pautas generales de suscripción para la cobertura solicitada según los términos de la póliza. Esta cobertura provisoria por muerte permanecerá vigente hasta que suceda lo primero de lo siguiente: 1) la fecha de entrada en vigencia de la póliza; 2) la fecha en que rechazamos la solicitud; o 3) la fecha en que notifiquemos al asegurado propuesto que no es elegible para cobertura provisoria. El empleado y/o cónyuge debe permanecer activamente trabajando durante el periodo de cobertura provisoria. Si la muerte del asegurado propuesto se produce durante el periodo de cobertura provisoria, la prima del primer mes se restará del producto de la póliza. La cobertura provisoria es solo para beneficios por muerte según la póliza base, la cláusula de cobertura a término para hijos y la cláusula de cobertura a término para cónyuge. No existen beneficios de cobertura provisoria bajo ninguna cláusula de exención de prima, cláusula de muerte accidental y desmembramiento, o cláusula de beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo. ⁶Ejemplo basado en una póliza base por un periodo de 20 años, mensual, no tabaquismo, sin cláusulas anexas. Contacte a su gerente de cuenta de American Fidelity para edades específicas, tarifas, periodos de vigencia o montos nominales. ⁷Las primas permanecen niveladas por el periodo de vigencia inicial seleccionado. Si elige el plan de seguro de vida a término de 10 o 20 años, la fecha de renovación será cada 10 o 20 años hasta el aniversario de la póliza después de los 70 o 60 años de edad, respectivamente. A partir de ese momento, las primas se renuevan anualmente. El plan de seguro de vida a término de 30 años es renovable anualmente después del periodo de vigencia inicial. Todos los planes a término vencen en el aniversario de la póliza después de los 90 años de edad. Las tarifas se ajustarán en cada periodo de vigencia renovado.

EDADES DE EMISIÓN DEL EMPLEADO
Periodo de 10 años: 17-65 Periodo de 20 años: 17-60 Periodo de 30 años: 17-50
MÁXIMO EMISIÓN EMPLEADO
Edades 17-49: \$300,000 Edades 50-65: \$100,000
BENEFICIO POR MUERTE NIVELADO GARANTIZADO
Reciba el monto nominal total de su póliza siempre y cuando no se paguen beneficios acelerados.

EDADES DE EMISIÓN DEL CÓNYUGE Y MÁXIMOS
Edades 17-49: \$50,000 Edades 50-60: \$25,000
TARIFAS BASADAS EN LA EDAD DE EMISIÓN Y EL ESTADO DE TABAQUISMO
Las primas dependerán de su edad en la fecha en que su póliza entre en vigencia. Podrá ser elegible para tarifas reducidas si no consume tabaco.
RENOVABLE Y CONVERTIBLE ⁷
Renueve su cobertura hasta los 90 años. Puede convertirla en una póliza de vida entera antes de los 70 años.

Mejore su plan

Cláusula de exención de prima

Esta cláusula otorga la exención de la prima si el asegurado base sufre una discapacidad total, según se define en la cláusula, al menos por seis meses consecutivos. Se otorga la exención de las primas para la póliza base y las cláusulas anexas. La edad de emisión es 17-60. La cláusula finaliza a los 65 años.

Cláusula de muerte accidental y desmembramiento

Esta cláusula ofrece cobertura al momento de la muerte, desmembramiento o parálisis del asegurado base antes de los 70 años si dicha muerte, desmembramiento o parálisis es el resultado de causas accidentales, según se define en la cláusula. Esta cláusula también ofrece un beneficio de cinturón de seguridad del 10% adicional, si el informe policial del accidente certifica que el asegurado base estaba usando un cinturón de seguridad colocado correctamente en el momento de la muerte. Los beneficios son pagaderos una vez por accidente cubierto.

Cláusula de seguro a término para cónyuge

Esta cláusula ofrece cobertura de seguro de vida a término para su cónyuge. Las primas para esta cláusula se basan en la edad del cónyuge y el uso de tabaco. La cobertura puede renovarse por cada periodo de renovación adicional hasta que el cónyuge tenga 90 años, mientras la póliza base esté vigente. Se garantiza que las primas se mantendrán iguales durante el plazo de vigencia inicial. ⁷Las primas se ajustan al momento de la renovación. El monto nominal debe ser igual o inferior a la póliza base.

Cláusula de seguro a término para hijos

Esta cláusula ofrece protección de seguro de vida a término para todos sus hijos elegibles que tengan entre un mes y 19 años de edad. Existen tres niveles de beneficio disponibles: \$10,000, \$20,000, y \$30,000. La cobertura continúa en cada hijo hasta la edad de 26 años o hasta el matrimonio del hijo antes de los 26 años. Su hijo con cobertura también puede convertir esta cláusula hasta por cinco veces el monto de cobertura (sujeto a un límite de \$100,000) a cualquier forma de seguro permanente ofrecido por American Fidelity. Una prima cubre a todos los hijos elegibles.

Cláusula de beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo

(disponible solo con el seguro de vida a término de 30 años)

Esta cláusula ofrece dos adelantos iguales de una parte del beneficio por muerte de la póliza base debido a una enfermedad a largo plazo si recibimos prueba satisfactoria de una enfermedad a largo plazo antes de cada pago anual. La cobertura está disponible para el asegurado base solamente.

MODELO PERIODO DE 20 AÑOS NO TABAQUISMO TARIFAS DE PRIMA MENSUAL ⁶					
	\$25K*	\$50K*	\$100K	\$150K	\$300K
25	\$6.50	\$9.00	\$16.00	\$20.00	\$38.00
35	\$7.50	\$11.50	\$21.00	\$27.50	\$53.00
45	\$11.75	\$20.50	\$39.00	\$56.00	\$110.00
55	\$25.25	\$38.50	\$75.00	n/a	n/a

*Montos sombreados disponibles para compras de póliza base de cónyuge.

La prima y el monto de los beneficios varían según el nivel que haya elegido en el momento de la solicitud.

Se requieren los números de seguro social en el momento de la solicitud para cónyuges y dependientes.

Las cláusulas adicionales están sujetas a nuestros criterios generales de suscripción y la cobertura no está garantizada. La disponibilidad de cláusulas puede variar según el estado.

Notificación a terceros: El titular tiene el derecho de designar a un tercero para recibir una notificación de caducidad o terminación de una póliza de seguro de vida individual debido a la falta de pago de la prima. Dicha notificación será enviada al titular de la póliza y al tercero al menos 30 días calendario antes de la cancelación. Esta designación puede realizarse en este momento o en cualquier momento mientras la póliza esté vigente. Contáctenos para solicitar un formulario para designar, cambiar o actualizar esta información más adelante. M3437.R118

Resumen de beneficio acelerado y notificación de divulgación

ESTE DOCUMENTO SIRVE SOLAMENTE COMO RESUMEN Y NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN. CONSULTE SU PÓLIZA O CLÁUSULA PARA VER LAS DISPOSICIONES REALES DEL CONTRATO.

LA PÓLIZA/CLÁUSULA OFRECE UNA OPCIÓN DE BENEFICIO ACCELERADO. DEBE CONSULTAR A UN ASESOR FISCAL PERSONAL SI ESTÁ CONSIDERANDO ELEGIR EL PAGO BAJO UNA DISPOSICIÓN DE BENEFICIO ACCELERADO. LOS BENEFICIOS SEGÚN SE ESPECIFICA EN LA PÓLIZA/CLÁUSULA SERÁN REDUCIDOS AL MOMENTO DE RECIBIR UN PAGO DE BENEFICIO ACCELERADO. RECEPCIÓN DE PAGOS DE BENEFICIO ACCELERADO: 1) PUEDE SER IMPONIBLE; 2) PUEDE AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS SEGÚN UNA LEY DEL ESTADO O FEDERAL; Y, 3) NO TIENE COMO FIN CALIFICAR COMO SEGURO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO, NI LO HACE.

La póliza y/o cláusula que usted está solicitando tiene una disposición de beneficio acelerado. La disposición permite que una parte de los beneficios por muerte se adelante si se cumplen ciertas condiciones. Consulte la póliza/cláusula para ver las condiciones y definiciones, según corresponda.

Antes del pago de cualquier beneficio acelerado, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Los máximos varían según la póliza/cláusula (consulte la información específica a continuación) y no deberá exceder el monto del beneficio para la póliza que se muestra en el Programa de la póliza.
- Solamente se realizará una elección de beneficio acelerado según la póliza y/o cada cláusula incluso si el titular no elige el monto de aceleración total.
- Si dos o más beneficios acelerados son pagaderos en nombre del asegurado/persona con cobertura según la póliza o cualquier cláusula anexa por la misma enfermedad, lesión o pérdida, o una relacionada, los beneficios serán pagaderos en el siguiente orden:
 - 1) beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo, si esta cláusula opcional está anexa a la póliza; y
 - 2) beneficio acelerado por problema de salud terminal.
- Es posible que apliquen limitaciones y exclusiones adicionales; lea su póliza/cláusula detenidamente.

Cuando se solicita acelerar el producto de la póliza/cláusula, y se realiza el pago del beneficio acelerado, el titular y todo beneficiario irrevocable recibirán una declaración que demuestra el efecto de la aceleración en el pago del producto de la póliza, el valor en efectivo, el beneficio por muerte, la prima y préstamos contra la póliza, según corresponda.

Beneficio acelerado por problema de salud terminal

Antes del pago de cualquier beneficio acelerado, el asegurado/persona con cobertura debe tener un problema de salud terminal, definido como muerte inminente esperada como resultado de una afección médica imposible de corregir que, con certeza médica razonable, resultará en una expectativa de vida limitada drásticamente a 12 meses o menos para el asegurado/persona con cobertura. El monto pagadero máximo es el menor de: 50% del producto elegible según se define en la póliza/cláusula, o \$100,000. No hay prima asociada con esta disposición.

El pago de un beneficio acelerado, si se elige, tendrá el siguiente efecto en su contrato:

- Al realizarse el pago del beneficio acelerado, la póliza/cláusula permanecerá vigente. Toda prima debida para mantener la póliza/cláusula vigente será pagada por nosotros, y se deducirá del producto de la póliza al momento de la muerte, a menos que usted esté actualmente ejerciendo la opción de préstamo de prima automática. Si actualmente está ejerciendo la opción de préstamo de prima automática, todas las primas se continuarán pagando según esta opción, hasta el momento en que esta opción se agote o sea discontinuada.
- El producto de la póliza que sea pagadero al momento de la muerte del asegurado/persona con cobertura será reducido por la cantidad del beneficio acelerado, todo préstamo contra la póliza pendiente de pago, y toda prima pagada por nosotros en su nombre.
- Los valores en efectivo, si hubiese, continuarán acumulándose según se especifique en su póliza o cláusula. El acceso al valor en efectivo de la póliza podría estar restringido al exceso del valor en efectivo sobre la suma de la cantidad acelerada y toda prima pagada por nosotros y cualquier otro préstamo sobre la póliza pendiente de pago.

- Todo préstamo pendiente de pago, incluyendo intereses, no será deducido del pago de beneficio acelerado.
- **Este beneficio acelerado será tratado como un gravamen contra el beneficio por muerte y aplicado al momento de la muerte.**

Beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo (cláusula opcional)

Antes del pago de cualquier beneficio acelerado, el asegurado debe tener una enfermedad a largo plazo, que significa que un profesional de la salud con licencia ha certificado, dentro de los últimos 12 meses, que el asegurado está permanentemente imposibilitado de realizar, sin asistencia sustancial de otra persona, al menos dos de cinco actividades de la vida cotidiana por un periodo de al menos 90 días debido a pérdida de capacidad funcional; o requiere supervisión sustancial debido a limitación cognitiva grave. El monto máximo pagadero es el menor de 50% del producto elegible disponible al momento de la reclamación pagadero en dos pagos anuales iguales hasta un máximo de 25% del producto elegible por año por dos años consecutivos; o \$100,000 pagaderos en dos pagos anuales iguales hasta un máximo de \$50,000 por año por dos años consecutivos. Se requiere la prima para mantener esta cláusula vigente.

El pago de un beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo, si se elige, tendrá el siguiente efecto en su contrato:

- Al realizar el pago del beneficio acelerado, la cláusula terminará y no se deberá beneficio alguno según la cláusula, incluso ante recurrencia. La póliza permanecerá vigente y las primas continuarán siendo facturadas y pagaderas a su vencimiento.
- El producto de la póliza que sea pagadero ante la muerte del asegurado será reducido por el monto del beneficio acelerado.
- Los valores en efectivo, si hubiese, continuarán acumulándose según se especifique en su póliza o cláusula. Los valores en efectivo se ajustarán de manera proporcional por el porcentaje acelerado.
- Todo préstamo contra la póliza pendiente de pago, incluyendo intereses, será reducido proporcionalmente por el porcentaje acelerado y será deducido del pago del beneficio acelerado.
- **El beneficio acelerado reducirá el monto del beneficio y se aplicará inmediatamente al realizar la aceleración.**

ICC18 DN111

La aceleración de los beneficios del seguro de vida ofrecidos en esta póliza tienen como fin calificar para un tratamiento impositivo favorable según el Código de Ingresos Internos de 1986. Si la aceleración de los beneficios del seguro de vida califica para dicho trato impositivo favorable, los beneficios podrán excluirse de sus ingresos y no estarán sujetos a aplicación de impuestos federales. Las leyes relacionadas con la aceleración de los beneficios del seguro de vida son complejas. Le aconsejamos consultar a un asesor impositivo calificado para saber bajo qué circunstancias usted podría recibir una aceleración de beneficios del seguro de vida que puedan excluirse de los ingresos según la ley federal.

La recepción de aceleración de beneficios del seguro de vida podría afectar su elegibilidad, la de su cónyuge o su familia para programas de asistencia pública tales como asistencia médica (Medicaid), Ayuda a familias con hijos dependientes (Aid to Families with Dependent Children - AFDC), ingreso de seguridad social complementario (supplementary social security income - SSI), y programas de asistencia para drogas. Le aconsejamos consultar con un asesor impositivo calificado y con los organismos de servicios sociales para saber cómo se verá afectada su elegibilidad, la de su cónyuge y la de su familia para la asistencia pública si usted recibe dicho pago.

Este folleto no constituye la totalidad de la póliza y tiene como fin ofrecer información básica sobre el producto Seguro de vida a término convertible y renovable de American Fidelity Assurance Company, series ICC14 RCTL14 / RCTL14. Para ver detalles específicos, limitaciones y exclusiones, consulte su póliza y cláusulas. Consulte a su asesor fiscal para determinar cuál es su situación específica. Esta póliza no es elegible según la Sección 125. La disponibilidad de cláusulas puede variar según el estado.

No pagaremos el producto de la póliza si el asegurado comete suicidio, ya sea en estado de lucidez o demencia, durante el periodo de tiempo según se describe en la póliza del asegurado, a partir de la fecha de entrada en vigencia. En cambio, regresaremos todas las primas pagadas.

Protegido y administrado por:

AMERICAN FIDELITY
a different opinion



American Fidelity Assurance Company
9000 Cameron Parkway
Oklahoma City, Oklahoma 73114
800-662-1113
americanfidelity.com

Texas Life

Seguro de Vida Permanente



Texas Life | www.texaslife.com | 800.283.9233

Texas Life Insurance - Seguro de Vida Permanente Transferible

La tranquilidad que ofrece el seguro de vida permanente y voluntario es incomparable. Es un compañero sólido para su plan de seguro de vida grupal. Texas Life ofrece un seguro de vida que usted puede conservar durante toda la vida. El plan es fácil de comprar, pagar y mantener gracias a la conveniencia de la deducción de nómina. La cobertura es asequible y confiable. Además, Texas Life tiene más de un siglo de experiencia en la protección de familias y la tranquilidad que sólo puede dar un seguro de vida permanente.

Puntos destacados del Seguro de Vida Permanente de Texas Life

- Usted es dueño de la póliza, incluso si cambia de trabajo o se jubila.
- La póliza permanece en vigor hasta que usted fallezca o hasta los 121 años, siempre que pague la prima necesaria a tiempo.
- Se trata de una póliza de vida permanente y universal, lo que significa que puede estar tranquilo sabiendo que sus seres queridos estarán bien atendidos cuando usted se vaya.



WOW!

LIFE INSURANCE YOU CAN KEEP!

LIFE INSURANCE HIGHLIGHTS

For the employee

PURELIFE-PLUS



You can take it with you when you change jobs or retire, as long as premiums are paid



You can cover your spouse, children and grandchildren, too¹



You pay for it through convenient payroll deductions: No checks to write or links to click



You can get a living benefit if you become terminally ill²



You can qualify by answering just 3 questions - no exam or needles (see inside for more details)



You can get cash to cover living expenses if you become chronically ill³



TEXASLIFE INSURANCE COMPANY
Since 1901 | 900 WASHINGTON | POST OFFICE BOX 830 | WACO, TEXAS 76703-0830

1 Coverage not available on children in WA or on grandchildren in WA or MD. In MD, children must reside with the applicant to be eligible for coverage.

2 Conditions apply. Accelerated Death Benefit Due to Terminal Illness Rider Form ICC07-ULABR-07 or Form Series ULABR-07

3 Chronic Illness Rider included in the life contract for employees and their spouses at an additional cost. Conditions apply. Form ICC15-ULABR-CI-15 or Form Series ULABR-CI-15

23M023-C FFGA R0424 1021 (exp0425)
Not for use in CA.

The agent/agency offering this proposal is not affiliated with Texas Life other than to market its products. Claims payments are the responsibility of Texas Life Insurance Company.

ADDITIONAL POLICY BENEFITS

Accelerated Death Benefit Due to Chronic Illness Rider

Included with the life contract for employees and their spouses at an additional cost, this valuable living benefit can help offset the unplanned expense of care should the insured be faced with a qualifying disabling chronic illness or severe cognitive impairment.

Here's how it works:

- If you're no longer able to perform any two of the six Activities of Daily Living or if you suffer severe cognitive impairment, you can receive a living benefit.⁴
 - Example: You own a \$100,000 Texas Life insurance policy with the Chronic Illness rider. A medical professional certifies that you can no longer perform two of the six Activities of Daily Living or have suffered serious cognitive impairment. You can apply for a lump sum of \$92,000 minus a \$150 processing fee.⁵
- The money is yours to do with as you choose: you do not have to go to a nursing home, convalescent center or receive home health care to receive the cash.
- The cost to add this valuable living benefit to your life insurance policy is minimal – just 10% of the policy's base premium.

*A death benefit for your family,
or a living benefit should you need it.*

PureLife-plus is a Flexible Premium Adjustable Life Insurance to Age 121. As with most life insurance products, Texas Life contracts are in force. Please contact a Texas Life representative or see the PureLife-plus brochure for costs and complete details. Form ICC18-PRFM state but New York.

- 4 Six Activities of Daily Living include: bathing, continence, dressing, eating, toileting, and transferring. Severe Cognitive Impairment means a deterioration or loss in intellectual capacity that: (1) places the Insured in jeopardy of harming him/herself or others and, therefore, the Insured requires Substantial Supervision by another individual; and (2) is measured by clinical evidence and standardized tests which reliably measure impairment in: (a) short or long-term memory; (b) orientation to people, places or time; and (c) deductive or abstract reasoning.
- 5 The Accelerated Death Benefit Rider for Chronic Illness pays 92% of the insurance proceeds less a \$150 administration fee (\$100 in FL) in lieu of the benefit payable at death. Any outstanding loans will reduce the cash value and death benefit. Contract form series ULABR-CI-15 or ICC15-ULABR-CI-15. Payment of this rider terminates the contract and any obligations under other riders, endorsements and supplemental benefits as if the insured had died.

Accidental Death Benefit Rider

Included in the contract at the option of your employer, the Accidental Death Benefit Rider covers all employees and spouses between the ages of 17-59.⁶ This rider costs \$0.08 per thousand of face amount per month and pays the insured's beneficiary double the death benefit⁷ if the insured dies within 180 days of an accident from injuries incurred in that accident (90 days in FL and SD)⁸. The benefit is payable through the insured's age 65. Maximum in-force limits and exclusions apply. See the complete list of exceptions to coverage on the following page.

According to the Centers for Disease Control, accidents continue to be a leading cause of death in the U.S.⁹



You can qualify by answering just 3 questions¹⁰ – no exams or needles.

During the last six months, has the proposed insured:

1. Been actively at work on a full time basis, performing usual duties?
2. Been absent from work due to illness or medical treatment for a period of more than 5 consecutive working days?
3. Been disabled or received tests, treatment or care of any kind in a hospital or nursing home or received chemotherapy, hormonal therapy for cancer, radiation, dialysis treatment, or treatment for alcohol or drug abuse?

and riders contain certain exclusions, limitations, exceptions, reductions of benefits, waiting periods and terms for keeping them. Form PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO. Texas Life is licensed to do business in the District of Columbia and every

⁶ Available to children at issue age 17-26, and grandchildren ages 17-18.

⁷ The accidental death benefit is paid in addition to and for the same amount as the contract's death benefit.

⁸ Rider details may vary by state. Conditions apply. See contract for complete coverage description. Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07.

⁹ Mortality in the United States, 2020. HCHS Data Brief, No. 427, December 2021.

¹⁰ Issuance of coverage will depend on answers to these questions.

ACCIDENTAL DEATH BENEFIT RIDER

EXCEPTIONS TO COVERAGE

The following exceptions to coverage apply to these states: AK, AL, AR, AZ, CO, CT, DC, DE, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, OH, OK, OR, PA, RI, SC, TN, TX, UT, VA, VT, WA, WI, WV, WY

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a) war or any act attributable to war, whether or not the Insured is in military service; b) participating or engaging in a riot; c) suicide or any attempt to commit suicide, while sane or insane; d) bodily or mental infirmity or illness or disease of any kind; e) participation in an illegal occupation or activity; f) any cause, if death occurred while the Insured is incarcerated; g) an accident caused or contributed to by intoxication as defined by the jurisdiction in which death occurred; | <ul style="list-style-type: none"> h) taking of any poison, drug, or sedative, unless such drug or sedative was taken as prescribed for occurred; i) asphyxiation from inhalation of gas, except the accidental inhalation of gas in the course of Insured's employment; j) operating or riding in, or descending from any kind of aircraft if the Insured is a pilot, officer, or member of the crew of the aircraft, or is giving or receiving any kind of training or instruction, or has any duties aboard the aircraft or duties requiring descent therefrom. |
|---|---|

In SD, this provision does not cover death which results from any of the following causes:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a) war or any act attributable to war, whether or not the insured is in military service; b) suicide or any attempt to commit suicide, while sane; c) bodily illnesses or disease of any kind; d) committing a felony | <ul style="list-style-type: none"> e) operating in, or descending from any kind of aircraft if the Insured is a pilot, officer, or member of the crew of the aircraft, or is giving or receiving any kind of training or instruction, or has any duties aboard the aircraft or duties requiring descent therefrom. |
|--|---|

In FL, this provision does not cover death which results from any of the following causes:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) an accidental bodily injury occurring, outside the United States, the District of Columbia, Puerto Rico, the Virgin Islands, Guam, Panama Canal Zone, the Republic of Panama, and Canada, while in the military service for any country at war; b) war or any act attributable to war, whether or not the Insured is in military service; c) participating or engaging in a riot; d) suicide or any attempt to commit suicide, while sane or insane; e) bodily or mental infirmity or illness or disease of any kind | <ul style="list-style-type: none"> f) committing or attempting to commit a felony; g) taking of any poison, drug, or sedative, unless such drug or sedative was taken as prescribed for the Insured by a physician; h) asphyxiation from inhalation of gas, except the accidental inhalation of gas in the course of the Insured's employment; i) operating or riding in, or descending from any kind of aircraft if the Insured is a pilot, officer, or member of the crew of the aircraft, or is giving or receiving any kind of training or instruction, or has any duties aboard the aircraft or duties requiring descent therefrom. |
|---|--|

SEGURO DE VIDA PERMANENTE VOLUNTARIO

PURELIFE-PLUS

TEXASLIFE
INSURANCE COMPANY

IFFGA
Benefit Solutions Simplified

El complemento ideal

Nuestro producto de seguro de vida permanente voluntario puede ser un complemento ideal para el seguro de vida a término grupal y a término opcional que le puede proporcionar su empleador. Este producto de seguro de vida universal voluntario y permanente es suyo y podrá mantenerlo aun cuando cambie de empleo o se jubile, siempre y cuando pague la prima necesaria. El seguro de vida a término voluntario y grupal puede tener características de portabilidad si cambia de empleo; sin embargo, incluso si puede mantenerlo después de jubilarse, generalmente cuesta más y el beneficio por fallecimiento es menor.

¡Sin exámenes ni agujas!

Usted puede calificar respondiendo solo 3 preguntas rápidas.¹

Durante los últimos seis meses, el asegurado propuesto:

1. ¿Ha estado trabajando de manera activa en horario completo realizando actividades normales?
2. ¿Ha estado ausente en el trabajo debido a una enfermedad o tratamiento médico durante más de 5 días laborables consecutivos?
3. ¿Ha estado incapacitado o se realizó análisis, recibió tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital u hogar de ancianos, o recibió quimioterapia, terapia hormonal por cáncer, radioterapia, tratamiento de diálisis o tratamiento por abuso de drogas o alcohol?

Características del producto



Usted es el propietario y el costo es razonable, además de contar con un alto beneficio por fallecimiento



También puede cubrir a su cónyuge, sus hijos y sus nietos



Puede conservarlo si cambia de empleo o se jubila²



En caso de contraer una enfermedad terminal, puede solicitar un beneficio en vida³

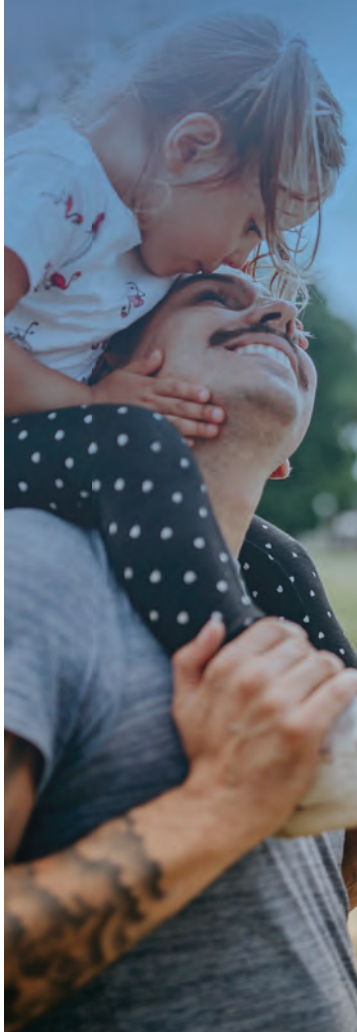


Se paga a través de la comodidad de la deducción de nómina



En caso de contraer una enfermedad crónica, puede ejercer un beneficio en vida para cubrir de atención médica⁴

Información adicional



- **Beneficio por fallecimiento alto.** Basado en un marco de seguro de vida universal de valor mínimo en efectivo, PURELIFE-PLUS ofrece uno de los beneficios por fallecimiento más alto por cada dólar que se deduce de la nómina proporcionada en el lugar de trabajo.⁵
- **Reembolso de prima.** Única en el espacio laboral, PURELIFE-PLUS le ofrece un reembolso de primas equivalente a 10 años, en caso de que usted desee rescatar el contrato si aumenta la prima inicial específica que usted pagaba. *(Se aplican condiciones).*
- **Cláusula adicional de beneficio acelerado por fallecimiento debido a una enfermedad terminal.**³ En caso de que le diagnostiquen una enfermedad terminal y su expectativa de fallecimiento esté dentro de los 12 meses, tendrá la opción de recibir el 92 % del beneficio por fallecimiento, menos un gasto administrativo de \$150 (\$100 en Florida). Este valioso beneficio en vida, incluido en su contrato sin costo adicional, ayuda a brindarle tranquilidad, ya que tiene la seguridad de que, en caso de necesitarlo, puede obtener la mayor parte de su beneficio por fallecimiento mientras aún vive.
- **Cláusula adicional de beneficio acelerado por fallecimiento debido a una enfermedad crónica.**⁴ Este valioso beneficio en vida se incluirá, previa aprobación, en el contrato de seguro de vida de los empleados y sus cónyuges, a un costo adicional. Esta cláusula adicional se activará por la pérdida de dos de las seis actividades de la vida cotidiana⁶ o por deficiencia cognitiva grave durante un período de 90 días. Paga al asegurado hasta el 92 % del beneficio por fallecimiento, menos un cargo administrativo de \$150, en el caso de que el asegurado decida usarlo. Este valioso beneficio en vida puede ayudar a compensar el costo de atención domiciliar o como residente en un centro.
- **Valor en efectivo mínimo.** Diseñada para brindar un beneficio por fallecimiento alto a una prima razonable, PURELIFE-PLUS ayuda a brindarles tranquilidad a usted y a sus beneficiarios mientras libera dólares de inversión para ser dirigidos hacia este tipo de planes de jubilación con ventajas fiscales como el 403(b), 457 y 401(k).
- **Garantías a largo plazo.** Disfrute de la seguridad de un contrato que garantiza un beneficio por fallecimiento hasta la edad de 121 años y una prima de nivel por un período significativo (luego del período de prima garantizada, las primas pueden disminuir, mantenerse iguales o aumentar).⁷

El agente o la agencia que ofrece esta cobertura no está afiliada a Texas Life, excepto para comercializar sus productos. Suscrito y reclamaciones pagadas por Texas Life. Con licencia en DC y en todos los estados, excepto NY.

Nota importante: Texas Life no brinda asesoramiento financiero. Comuníquese con un asesor financiero de su estado para obtener información financiera.

PureLife-plus es un seguro de vida variable con prima flexible hasta los 121 años de edad. Los contratos y las cláusulas adicionales de Texas Life contienen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, períodos de espera y plazos de vigencia. Consulte con un representante de Texas Life o el folleto de PureLife-plus para obtener información sobre los costos y detalles completos. Serie de formularios PRFNG-NI.

1 La emisión de la cobertura dependerá de las respuestas a estas preguntas.

2 Siempre y cuando se paguen las primas necesarias.

3 Cláusula adicional de beneficio acelerado por fallecimiento debido a una enfermedad terminal. Se aplican condiciones. Serie de formularios ULABR.

4 Cláusula adicional debido a una enfermedad crónica disponible a un costo adicional solo para empleados y sus cónyuges. Se aplican condiciones. Requiere preguntas adicionales de suscripción; la emisión de la cobertura dependerá de las respuestas a estas preguntas. Serie de formularios ULABR-CI.

5 Productos de seguro de vida entera, voluntario y universal, Eastbridge Consulting Group, marzo de 2022.

6 Las seis actividades de la vida cotidiana incluyen: bañarse, controlar esfínteres, vestirse, alimentarse, ir al baño y movilizarse. "Deficiencia cognitiva grave" hace referencia al deterioro o la pérdida de la capacidad intelectual que: (1) coloca al asegurado en peligro de dañarse a sí mismo u otros y, por ende, el asegurado requiere supervisión sustancial por parte de otra persona, y (2) se mide mediante evidencia clínica y pruebas estandarizadas que indican en forma confiable la deficiencia en: (a) la memoria a corto o largo plazo; (b) la orientación respecto de personas, lugares o tiempo; y (c) el razonamiento deductivo o abstracto.

7 Siempre y cuando pague la prima necesaria. Las garantías están sujetas a exclusiones, limitaciones y plazos de los productos, y a la solidez financiera y la capacidad de pago de reclamaciones del asegurador. Promedio de cuarenta y cinco (45) años para todas las edades según nuestra revisión actuarial.

PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Non-Tobacco — Express Issue

Issue Age (ALB)	Semi-Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD
	Includes Added Cost for Accidental Death Benefit (Ages 17-59) and Accelerated Death Benefit for Chronic Illness (All Ages)									Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		6.53	11.93	17.33	22.73	33.53	44.33	55.13	65.93	75
21-22		6.67	12.20	17.74	23.28	34.35	45.43	56.50	67.58	74
23		6.80	12.48	18.15	23.83	35.18	46.53	57.88	69.23	75
24-25		6.94	12.75	18.57	24.38	36.00	47.63	59.25	70.88	74
26		7.22	13.30	19.39	25.48	37.65	49.83	62.00	74.18	75
27-28		7.35	13.58	19.80	26.03	38.48	50.93	63.38	75.83	74
29		7.49	13.85	20.22	26.58	39.30	52.03	64.75	77.48	74
30-31		7.63	14.13	20.63	27.13	40.13	53.13	66.13	79.13	73
32		8.04	14.95	21.87	28.78	42.60	56.43	70.25	84.08	74
33		8.32	15.50	22.69	29.88	44.25	58.63	73.00	87.38	74
34		8.73	16.33	23.93	31.53	46.73	61.93	77.13	92.33	75
35		9.28	17.43	25.58	33.73	50.03	66.33	82.63	98.93	76
36		9.55	17.98	26.40	34.83	51.68	68.53	85.38	102.23	76
37		9.97	18.80	27.64	36.48	54.15	71.83	89.50	107.18	77
38		10.38	19.63	28.88	38.13	56.63	75.13	93.63	112.13	77
39		11.07	21.00	30.94	40.88	60.75	80.63	100.50	120.38	78
40	5.38	11.75	22.38	33.00	43.63	64.88	86.13	107.38	128.63	79
41	5.76	12.72	24.30	35.89	47.48	70.65	93.83	117.00	140.18	80
42	6.20	13.82	26.50	39.19	51.88	77.25	102.63	128.00	153.38	81
43	6.59	14.78	28.43	42.08	55.73	83.03	110.33	137.63	164.93	82
44	6.97	15.74	30.35	44.97	59.58	88.80	118.03	147.25	176.48	83
45	7.36	16.70	32.28	47.85	63.43	94.58	125.73	156.88	188.03	83
46	7.80	17.80	34.48	51.15	67.83	101.18	134.53	167.88	201.23	84
47	8.18	18.77	36.40	54.04	71.68	106.95	142.23	177.50	212.78	84
48	8.57	19.73	38.33	56.93	75.53	112.73	149.93	187.13	224.33	85
49	9.06	20.97	40.80	60.64	80.48	120.15	159.83	199.50	239.18	85
50	9.61	22.34	43.55	64.77	85.98					86
51	10.27	23.99	46.85	69.72	92.58					87
52	10.99	25.78	50.43	75.08	99.73					88
53	11.54	27.15	53.18	79.20	105.23					88
54	12.09	28.53	55.93	83.33	110.73					88
55	12.69	30.04	58.95	87.87	116.78	CHILDREN AND GRANDCHILDREN (NON-TOBACCO) Accidental Death Benefit included for ages 17 and older. Grandchild coverage available through age 18.				89
56	13.24	31.42	61.70	91.99	122.28					89
57	13.90	33.07	65.00	96.94	128.88					89
58	14.51	34.58	68.03	101.48	134.93					89
59	15.17	36.23	71.33	106.43	141.53					89
60	15.59	37.29	73.45	109.62	145.78					90
61	16.31	39.08	77.03	114.98	152.93					90
62	17.19	41.28	81.43	121.58	161.73					90
63	18.07	43.48	85.83	128.18	170.53					90
64	19.00	45.82	90.50	135.19	179.88					Issue Age
65	20.05	48.43	95.73	143.03	190.33	90				
66	21.20					90				
67	22.47					15D-1	4.63	8.13	81	91
68	23.84					2-4	4.75	8.38	80	91
69	25.22									91
70	26.65					5-8	4.88	8.63	79	91

CHILDREN AND GRANDCHILDREN (NON-TOBACCO)

Accidental Death Benefit included for ages 17 and older.

Grandchild coverage available through age 18.

Issue Age	Premium		Guaranteed Period
	\$25,000	\$50,000	
15D-1	4.63	8.13	81
2-4	4.75	8.38	80
5-8	4.88	8.63	79
9-10	5.00	8.88	79
11-16	5.13	9.13	77
17-20	6.13	11.13	75
21-22	6.25	11.38	74
23	6.38	11.63	75
24-25	6.50	11.88	74
26	6.75	12.38	75

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO

Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18

Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

25M011-C-SM FFGA 1007 (exp0227)

**Indicates
Spouse
Coverage
Available**

PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Tobacco — Express Issue

Issue Age (ALB)	Semi-Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD
	Includes Added Cost for Accidental Death Benefit (Ages 17-59) and Accelerated Death Benefit for Chronic Illness (All Ages)									Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		9.28	17.43	25.58	33.73	50.03	66.33	82.63	98.93	71
21-22		9.69	18.25	26.82	35.38	52.50	69.63	86.75	103.88	71
23		10.10	19.08	28.05	37.03	54.98	72.93	90.88	108.83	72
24-25		10.38	19.63	28.88	38.13	56.63	75.13	93.63	112.13	71
26		10.65	20.18	29.70	39.23	58.28	77.33	96.38	115.43	72
27-28		10.93	20.73	30.53	40.33	59.93	79.53	99.13	118.73	71
29		11.07	21.00	30.94	40.88	60.75	80.63	100.50	120.38	71
30-31		12.44	23.75	35.07	46.38	69.00	91.63	114.25	136.88	72
32		12.85	24.58	36.30	48.03	71.48	94.93	118.38	141.83	72
33		12.99	24.85	36.72	48.58	72.30	96.03	119.75	143.48	72
34		13.13	25.13	37.13	49.13	73.13	97.13	121.13	145.13	71
35		14.09	27.05	40.02	52.98	78.90	104.83	130.75	156.68	72
36		14.50	27.88	41.25	54.63	81.38	108.13	134.88	161.63	72
37		15.47	29.80	44.14	58.48	87.15	115.83	144.50	173.18	73
38		15.88	30.63	45.38	60.13	89.63	119.13	148.63	178.13	73
39		16.98	32.83	48.68	64.53	96.23	127.93	159.63	191.33	74
40	8.07	18.49	35.85	53.22	70.58	105.30	140.03	174.75	209.48	76
41	8.57	19.73	38.33	56.93	75.53	112.73	149.93	187.13	224.33	77
42	9.17	21.24	41.35	61.47	81.58	121.80	162.03	202.25	242.48	78
43	9.94	23.17	45.20	67.24	89.28	133.35	177.43	221.50	265.58	80
44	10.33	24.13	47.13	70.13	93.13	139.13	185.13	231.13	277.13	80
45	10.88	25.50	49.88	74.25	98.63	147.38	196.13	244.88	293.63	81
46	11.32	26.60	52.08	77.55	103.03	153.98	204.93	255.88	306.83	81
47	11.87	27.98	54.83	81.68	108.53	162.23	215.93	269.63	323.33	82
48	12.36	29.22	57.30	85.39	113.48	169.65	225.83	282.00	338.18	82
49	13.08	31.00	60.88	90.75	120.63	180.38	240.13	299.88	359.63	83
50	13.68	32.52	63.90	95.29	126.68					83
51	14.29	34.03	66.93	99.83	132.73					83
52	15.17	36.23	71.33	106.43	141.53					84
53	15.94	38.15	75.18	112.20	149.23					85
54	16.65	39.94	78.75	117.57	156.38					85
55	17.42	41.87	82.60	123.34	164.08					85
56	18.30	44.07	87.00	129.94	172.88					85
57	19.18	46.27	91.40	136.54	181.68					86
58	20.12	48.60	96.08	143.55	191.03					86
59	21.05	50.94	100.75	150.57	200.38					86
60	21.64	52.42	103.70	154.99	206.28					86
61	22.91	55.58	110.03	164.48	218.93	CHILDREN AND GRANDCHILDREN (TOBACCO) Accidental Death Benefit included for ages 17 and older. Grandchild coverage available through age 18.				86
62	24.12	58.60	116.08	173.55	231.03					87
63	25.33	61.63	122.13	182.63	243.13					87
64	26.54	64.65	128.18	191.70	255.23					87
65	27.86	67.95	134.78	201.60	268.43					87
66	29.29									88
67	30.83									88
68	32.42					88				
69	34.13					88				
70	35.94					89				

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO

Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18

Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

25M011-C-SM FFGA 1007 (exp0227)

Issue Age	Premium		Guaranteed Period
	\$25,000	\$50,000	
17-20	8.63	16.13	71
21-22	9.00	16.88	71
23	9.38	17.63	72
24-25	9.63	18.13	71
26	9.88	18.63	72

Indicates Spouse Coverage Available

Seguro por Discapacidad

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 800.662.1113

¿Por qué necesito un seguro por discapacidad?

¿Alguna vez se ha preguntado qué pasaría con sus ingresos si tuviera una lesión accidental, una enfermedad o un embarazo? Es por eso que necesita cobertura por discapacidad. Reemplaza una parte de los ingresos por el período de tiempo que no pueda trabajar por esos motivos. Usted puede elegir el monto del beneficio, que es el monto de sus ingresos por reemplazar, y el "período de espera" en el que comienza a recibir pagos.

¿Cómo decide si necesita un seguro por discapacidad? Considere estas preguntas cuando tome su decisión:

- ¿Cuánta tiempo de excedencia del empleador tiene?
- ¿Tiene ahorros?
- ¿De cuántos otros ingresos puede usted depender, como de orden de manutención de cónyuge o infantil?
- ¿Cuánto tiempo le queda antes de la jubilación?
- ¿Puede solicitar beneficios del Seguro Social por Discapacidad o Jubilación por Discapacidad?
- ¿Cuáles son sus otras fuentes de ingresos?





Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo de AF™
Lamar CUSD

Comercializado por:



SOLUCIONES DE BENEFICIOS DEL EMPLEADOR PARA SU INDUSTRIA

Concéntrese en recuperarse, no en los gastos

¿Cómo cubriría sus gastos diarios si sufriera una lesión o una enfermedad que le impidiera trabajar durante un tiempo? El Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo de AF™ brinda un beneficio estable para cubrir gastos diarios mientras usted no puede trabajar debido a una discapacidad cubierta.

Puntos destacados del plan

Los beneficios son pagaderos directamente a usted
Usted tiene la libertad de usar los fondos para sus gastos diarios, tales como: alimentos, hipoteca, guardería para niños, etc.

Personalizado para adaptarse a sus necesidades
Puede seleccionar el monto del beneficio y el periodo de eliminación que mejor se ajuste a sus necesidades financieras.

Beneficio al regresar al trabajo
Los empleados pueden recibir un beneficio parcial por regresar al trabajo medio tiempo mientras todavía tienen la discapacidad.

Elija el plan correcto para usted

LOS BENEFICIOS COMIENZAN el día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.			
Plan I	en el 1er/4to día	Plan IV	en el 61er día
Plan II	en el 15to día	Plan V	en el 91er día
Plan III	en el 31er día	Plan VI	en el 151er día

Lesión significa una herida o daño físico al cuerpo que usted sufrió y resulta directamente de una lesión corporal accidental; es independiente de cualquier enfermedad o achaque corporal; y sucede mientras su cobertura está activa.

Enfermedad significa una afección o padecimiento (que incluye el embarazo). La discapacidad debe comenzar mientras su cobertura esté activa.

Hospital - el término "hospital" no incluirá ninguna institución utilizada por usted como lugar para rehabilitación; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Discapacidad o discapacitado por los primeros 12 meses de discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustancias de cualquier ocupación por la que obtenga un sueldo o ganancia para la que usted está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Programa de póliza de beneficios

Existen varias opciones de beneficios para usted. Puede participar en el plan según cualquiera de los niveles de beneficios descritos a continuación, siempre y cuando el nivel de beneficio mensual por discapacidad seleccionado no exceda el 70 % de su remuneración mensual.

Salario mensual	Beneficio mensual por discapacidad	Beneficio por muerte accidental	Primas mensuales					
			Plan I (1er/4to)	Plan II (15to)	Plan III (31ro)	Plan (61ro)	Plan (91ro)	Plan VI (151ro)
\$286.00 - \$428.99	\$200.00	\$20,000.00	\$10.16	\$7.28	\$5.80	\$4.92	\$4.16	\$3.12
\$429.00 - \$571.99	\$300.00	\$20,000.00	\$15.24	\$10.92	\$8.70	\$7.38	\$6.24	\$4.68
\$572.00 - \$714.99	\$400.00	\$20,000.00	\$20.32	\$14.56	\$11.60	\$9.84	\$8.32	\$6.24
\$715.00 - \$857.99	\$500.00	\$20,000.00	\$25.40	\$18.20	\$14.50	\$12.30	\$10.40	\$7.80
\$858.00 - \$999.99	\$600.00	\$20,000.00	\$30.48	\$21.84	\$17.40	\$14.76	\$12.48	\$9.36
\$1,000.00 - \$1,142.99	\$700.00	\$20,000.00	\$35.56	\$25.48	\$20.30	\$17.22	\$14.56	\$10.92
\$1,143.00 - \$1,285.99	\$800.00	\$20,000.00	\$40.64	\$29.12	\$23.20	\$19.68	\$16.64	\$12.48
\$1,286.00 - \$1,428.99	\$900.00	\$20,000.00	\$45.72	\$32.76	\$26.10	\$22.14	\$18.72	\$14.04
\$1,429.00 - \$1,571.99	\$1,000.00	\$20,000.00	\$50.80	\$36.40	\$29.00	\$24.60	\$20.80	\$15.60
\$1,572.00 - \$1,714.99	\$1,100.00	\$20,000.00	\$55.88	\$40.04	\$31.90	\$27.06	\$22.88	\$17.16
\$1,715.00 - \$1,857.99	\$1,200.00	\$20,000.00	\$60.96	\$43.68	\$34.80	\$29.52	\$24.96	\$18.72
\$1,858.00 - \$1,999.99	\$1,300.00	\$20,000.00	\$66.04	\$47.32	\$37.70	\$31.98	\$27.04	\$20.28
\$2,000.00 - \$2,142.99	\$1,400.00	\$20,000.00	\$71.12	\$50.96	\$40.60	\$34.44	\$29.12	\$21.84
\$2,143.00 - \$2,285.99	\$1,500.00	\$20,000.00	\$76.20	\$54.60	\$43.50	\$36.90	\$31.20	\$23.40
\$2,286.00 - \$2,428.99	\$1,600.00	\$20,000.00	\$81.28	\$58.24	\$46.40	\$39.36	\$33.28	\$24.96
\$2,429.00 - \$2,571.99	\$1,700.00	\$20,000.00	\$86.36	\$61.88	\$49.30	\$41.82	\$35.36	\$26.52
\$2,572.00 - \$2,714.99	\$1,800.00	\$20,000.00	\$91.44	\$65.52	\$52.20	\$44.28	\$37.44	\$28.08
\$2,715.00 - \$2,857.99	\$1,900.00	\$20,000.00	\$96.52	\$69.16	\$55.10	\$46.74	\$39.52	\$29.64
\$2,858.00 - \$2,999.99	\$2,000.00	\$20,000.00	\$101.60	\$72.80	\$58.00	\$49.20	\$41.60	\$31.20
\$3,000.00 - \$3,142.99	\$2,100.00	\$20,000.00	\$106.68	\$76.44	\$60.90	\$51.66	\$43.68	\$32.76
\$3,143.00 - \$3,285.99	\$2,200.00	\$20,000.00	\$111.76	\$80.08	\$63.80	\$54.12	\$45.76	\$34.32
\$3,286.00 - \$3,428.99	\$2,300.00	\$20,000.00	\$116.84	\$83.72	\$66.70	\$56.58	\$47.84	\$35.88
\$3,429.00 - \$3,571.99	\$2,400.00	\$20,000.00	\$121.92	\$87.36	\$69.60	\$59.04	\$49.92	\$37.44
\$3,572.00 - \$3,714.99	\$2,500.00	\$20,000.00	\$127.00	\$91.00	\$72.50	\$61.50	\$52.00	\$39.00
\$3,715.00 - \$3,857.99	\$2,600.00	\$20,000.00	\$132.08	\$94.64	\$75.40	\$63.96	\$54.08	\$40.56
\$3,858.00 - \$3,999.99	\$2,700.00	\$20,000.00	\$137.16	\$98.28	\$78.30	\$66.42	\$56.16	\$42.12
\$4,000.00 - \$4,142.99	\$2,800.00	\$20,000.00	\$142.24	\$101.92	\$81.20	\$68.88	\$58.24	\$43.68
\$4,143.00 - \$4,285.99	\$2,900.00	\$20,000.00	\$147.32	\$105.56	\$84.10	\$71.34	\$60.32	\$45.24
\$4,286.00 - \$4,428.99	\$3,000.00	\$20,000.00	\$152.40	\$109.20	\$87.00	\$73.80	\$62.40	\$46.80
\$4,429.00 - \$4,571.99	\$3,100.00	\$20,000.00	\$157.48	\$112.84	\$89.90	\$76.26	\$64.48	\$48.36
\$4,572.00 - \$4,714.99	\$3,200.00	\$20,000.00	\$162.56	\$116.48	\$92.80	\$78.72	\$66.56	\$49.92
\$4,715.00 - \$4,857.99	\$3,300.00	\$20,000.00	\$167.64	\$120.12	\$95.70	\$81.18	\$68.64	\$51.48
\$4,858.00 - \$4,999.99	\$3,400.00	\$20,000.00	\$172.72	\$123.76	\$98.60	\$83.64	\$70.72	\$53.04
\$5,000.00 - \$5,142.99	\$3,500.00	\$20,000.00	\$177.80	\$127.40	\$101.50	\$86.10	\$72.80	\$54.60
\$5,143.00 - \$5,285.99	\$3,600.00	\$20,000.00	\$182.88	\$131.04	\$104.40	\$88.56	\$74.88	\$56.16
\$5,286.00 - \$5,428.99	\$3,700.00	\$20,000.00	\$187.96	\$134.68	\$107.30	\$91.02	\$76.96	\$57.72
\$5,429.00 - \$5,571.99	\$3,800.00	\$20,000.00	\$193.04	\$138.32	\$110.20	\$93.48	\$79.04	\$59.28

Programa de póliza de beneficios (continuación)

			Primas mensuales					
Salario mensual	Beneficio mensual por discapacidad	Beneficio por muerte accidental	Plan I (1er/4to)	Plan II (15to)	Plan III (31ro)	Plan (61ro)	Plan (91ro)	Plan VI (151ro)
\$5,572.00 - \$5,714.99	\$3,900.00	\$20,000.00	\$198.12	\$141.96	\$113.10	\$95.94	\$81.12	\$60.84
\$5,715.00 - \$5,857.99	\$4,000.00	\$20,000.00	\$203.20	\$145.60	\$116.00	\$98.40	\$83.20	\$62.40
\$5,858.00 - \$5,999.99	\$4,100.00	\$20,000.00	\$208.28	\$149.24	\$118.90	\$100.86	\$85.28	\$63.96
\$6,000.00 - \$6,142.99	\$4,200.00	\$20,000.00	\$213.36	\$152.88	\$121.80	\$103.32	\$87.36	\$65.52
\$6,143.00 - \$6,285.99	\$4,300.00	\$20,000.00	\$218.44	\$156.52	\$124.70	\$105.78	\$89.44	\$67.08
\$6,286.00 - \$6,428.99	\$4,400.00	\$20,000.00	\$223.52	\$160.16	\$127.60	\$108.24	\$91.52	\$68.64
\$6,429.00 - \$6,571.99	\$4,500.00	\$20,000.00	\$228.60	\$163.80	\$130.50	\$110.70	\$93.60	\$70.20
\$6,572.00 - \$6,714.99	\$4,600.00	\$20,000.00	\$233.68	\$167.44	\$133.40	\$113.16	\$95.68	\$71.76
\$6,715.00 - \$6,857.99	\$4,700.00	\$20,000.00	\$238.76	\$171.08	\$136.30	\$115.62	\$97.76	\$73.32
\$6,858.00 - \$6,999.99	\$4,800.00	\$20,000.00	\$243.84	\$174.72	\$139.20	\$118.08	\$99.84	\$74.88
\$7,000.00 - \$7,142.99	\$4,900.00	\$20,000.00	\$248.92	\$178.36	\$142.10	\$120.54	\$101.92	\$76.44
\$7,143.00 - \$7,285.99	\$5,000.00	\$20,000.00	\$254.00	\$182.00	\$145.00	\$123.00	\$104.00	\$78.00
\$7,286.00 - \$7,428.99	\$5,100.00	\$20,000.00	\$259.08	\$185.64	\$147.90	\$125.46	\$106.08	\$79.56
\$7,429.00 - \$7,571.99	\$5,200.00	\$20,000.00	\$264.16	\$189.28	\$150.80	\$127.92	\$108.16	\$81.12
\$7,572.00 - \$7,714.99	\$5,300.00	\$20,000.00	\$269.24	\$192.92	\$153.70	\$130.38	\$110.24	\$82.68
\$7,715.00 - \$7,857.99	\$5,400.00	\$20,000.00	\$274.32	\$196.56	\$156.60	\$132.84	\$112.32	\$84.24
\$7,858.00 - \$7,999.99	\$5,500.00	\$20,000.00	\$279.40	\$200.20	\$159.50	\$135.30	\$114.40	\$85.80
\$8,000.00 - \$8,142.99	\$5,600.00	\$20,000.00	\$284.48	\$203.84	\$162.40	\$137.76	\$116.48	\$87.36
\$8,143.00 - \$8,285.99	\$5,700.00	\$20,000.00	\$289.56	\$207.48	\$165.30	\$140.22	\$118.56	\$88.92
\$8,286.00 - \$8,428.99	\$5,800.00	\$20,000.00	\$294.64	\$211.12	\$168.20	\$142.68	\$120.64	\$90.48
\$8,429.00 - \$8,571.99	\$5,900.00	\$20,000.00	\$299.72	\$214.76	\$171.10	\$145.14	\$122.72	\$92.04
\$8,572.00 - \$8,713.99	\$6,000.00	\$20,000.00	\$304.80	\$218.40	\$174.00	\$147.60	\$124.80	\$93.60
\$8,714.00 - \$8,856.99	\$6,100.00	\$20,000.00	\$309.88	\$222.04	\$176.90	\$150.06	\$126.88	\$95.16
\$8,857.00 - \$8,999.99	\$6,200.00	\$20,000.00	\$314.96	\$225.68	\$179.80	\$152.52	\$128.96	\$96.72
\$9,000.00 - \$9,142.99	\$6,300.00	\$20,000.00	\$320.04	\$229.32	\$182.70	\$154.98	\$131.04	\$98.28
\$9,143.00 - \$9,285.99	\$6,400.00	\$20,000.00	\$325.12	\$232.96	\$185.60	\$157.44	\$133.12	\$99.84
\$9,286.00 - \$9,428.99	\$6,500.00	\$20,000.00	\$330.20	\$236.60	\$188.50	\$159.90	\$135.20	\$101.40
\$9,429.00 - \$9,570.99	\$6,600.00	\$20,000.00	\$335.28	\$240.24	\$191.40	\$162.36	\$137.28	\$102.96
\$9,571.00 - \$9,713.99	\$6,700.00	\$20,000.00	\$340.36	\$243.88	\$194.30	\$164.82	\$139.36	\$104.52
\$9,714.00 - \$9,856.99	\$6,800.00	\$20,000.00	\$345.44	\$247.52	\$197.20	\$167.28	\$141.44	\$106.08
\$9,857.00 - \$9,999.99	\$6,900.00	\$20,000.00	\$350.52	\$251.16	\$200.10	\$169.74	\$143.52	\$107.64
\$10,000.00 - \$10,142.99	\$7,000.00	\$20,000.00	\$355.60	\$254.80	\$203.00	\$172.20	\$145.60	\$109.20
\$10,143.00 - \$10,285.99	\$7,100.00	\$20,000.00	\$360.68	\$258.44	\$205.90	\$174.66	\$147.68	\$110.76
\$10,286.00 - \$10,428.99	\$7,200.00	\$20,000.00	\$365.76	\$262.08	\$208.80	\$177.12	\$149.76	\$112.32
\$10,429.00 - \$10,570.99	\$7,300.00	\$20,000.00	\$370.84	\$265.72	\$211.70	\$179.58	\$151.84	\$113.88
\$10,571.00 - \$10,713.99	\$7,400.00	\$20,000.00	\$375.92	\$269.36	\$214.60	\$182.04	\$153.92	\$115.44
\$10,714.00 - y superior	\$7,500.00	\$20,000.00	\$381.00	\$273.00	\$217.50	\$184.50	\$156.00	\$117.00

Puntos destacados de los beneficios del plan

Los beneficios
se pagan
Periodo de...

Beneficio por internación hospitalaria

Se pagará un beneficio por internación hospitalaria cada día que esté internado como paciente en un hospital debido a una lesión o enfermedad, hasta por 60 días. El monto pagadero es 1 veces el beneficio por discapacidad que será prorrateado de forma diaria. Este beneficio no se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles. La internación hospitalaria debe tener al menos una duración de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará después de que usted haya cumplido con el periodo de eliminación.

Exención de prima

No se requieren pagos de la prima mientras usted esté recibiendo pagos según el plan después de que los pagos por discapacidad se hayan recibido por 180 días consecutivos. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de donante

Si usted está discapacitado como resultado de ser donante de órganos o tejidos, pagaremos su beneficio como cualquier otra enfermedad según los términos del plan.



Puntos destacados de los beneficios del plan

Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las fuentes de ingresos deducibles incluyen:

- Otro ingreso por discapacidad grupal.
- Sistema de jubilación del gobierno o de otro tipo, ya sea debido a discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación.
- Ley de seguridad social de Estados Unidos u otro plan o ley similar, que incluye todo monto debido a su(s) dependiente(s) por causa de su discapacidad.
- Discapacidad del estado.
- Compensación por desempleo.
- Ley de Compensación de los trabajadores, ley de enfermedades ocupacionales o cualquier otra ley o legislación similar.
- Licencia por enfermedad u otros planes de continuidad de salario o sueldo proporcionados por el empleador que se extiendan más de 60 (Planes I, II, III y IV), 90 (Plan V) y 150 (Plan VI) días calendario a partir de la fecha de discapacidad.

Nos reservamos el derecho de estimar estas fuentes de ingresos deducibles que usted podría recibir según se define en su certificado.

Beneficio mínimo por discapacidad

El beneficio por discapacidad mínimo es de 10% de su beneficio por discapacidad mensual o \$100.00, lo que sea superior.

Si usted está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y sin estar trabajando

Su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad descrito en el programa de beneficios menos toda fuente deducible de ingresos que usted reciba o que tenga derecho a recibir. No se brindará pago por discapacidad por ningún periodo en el que usted no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico.

Incentivos para regresar al trabajo: Discapacitado y trabajando

Si usted está discapacitado y trabajando, es posible que sea elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ganancias mientras esté discapacitado. Si sus ganancias mientras está discapacitado exceden el 80 % de su remuneración mensual, los pagos se detendrán y su reclamación finalizará.

• Beneficio por cuidado de familia

Si usted está discapacitado y trabajando y tiene uno o más familiares elegibles, es posible que sea elegible para beneficio por cuidado de familia. Este beneficio es por gastos incurridos hasta el 25 % de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ganancias mientras esté discapacitado, beneficio por discapacidad bruto, y beneficio por cuidado de familia no pueden exceder el 100 % de su remuneración mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando usted deja de ser elegible para beneficios según la disposición de Discapacitado y trabajando de la póliza.

• Adaptación del lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si es posible hacer modificaciones en el lugar de trabajo para ayudar a su regreso al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas adecuadas.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si usted está discapacitado debido a una enfermedad mental, se brindarán beneficios hasta por 2 años, sin exceder el periodo de discapacidad máximo.

Beneficio limitado por adicción a drogas y alcohol

Si usted está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado hasta por 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del periodo máximo de beneficio. Si la drogadicción es consecuencia de atención médica, o se produce mientras está bajo atención médica periódica y adecuada en el curso de un tratamiento por una lesión o enfermedad, se cubrirá como si fuera cualquier otra enfermedad.

Beneficio limitado por problemas de salud especiales

Si usted está discapacitado debido a condiciones especiales y bajo la atención periódica y adecuada de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 1 año. Problemas de salud especiales significa: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; toda enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o espalda que no cause hemiplejía, paraplejía o tetraplejía; enfermedad por alergia ambiental que incluye, sin carácter limitativo, síndrome de edificio enfermo y sensibilidad a múltiples sustancias químicas; y síntomas autodeclarados. Los síntomas autodeclarados son síntomas que el asegurado le cuenta al médico y que no son verificables con pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Algunos ejemplos incluyen: jaquecas, dolor, fatiga, rigidez muscular, sensibilidad, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

Limitación por un problema de salud preexistente

Se pagará un beneficio limitado de hasta 1 mes del Beneficio por discapacidad por una discapacidad que se deba a una condición preexistente. Esta disposición no se aplicará si usted no ha recibido tratamiento; no incurrió en gastos; no tomó medicamentos; y no recibió diagnóstico ni consejos de un médico durante 12 meses consecutivos para dicho(s) problema(s).

Esta limitación no se aplicará a una discapacidad que comience después de que usted haya contado con cobertura continua según la póliza durante 24 meses.

Todo aumento de beneficios estará sujeto a la limitación por un problema de salud preexistente. Se debe cumplir un nuevo periodo de problema de salud preexistente para todo aumento solicitado y que nosotros aprobemos.

Problema de salud preexistente es una enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental para la cual usted recibió un tratamiento; por la cual incurrió en gastos; tomó medicamentos; recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejos de un médico durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El término problema de salud preexistente también incluirá los problemas relacionados con dicha enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental.

Cláusulas de beneficios y limitaciones

Cláusula de indemnización hospitalaria de beneficios limitados

Esta cláusula está diseñada para pagar un monto de beneficio diario por internación en un hospital, hasta un máximo de 90 días, si usted está internado en un hospital.

Los beneficios no son pagaderos por una lesión o enfermedad que suceda en los primeros 12 meses de cobertura debido a un problema de salud preexistente, según se define en la póliza. El paciente debe estar internado en un hospital por 18 horas como mínimo y se le debe cobrar una habitación y comidas.

Beneficio diario	Prima mensual
\$100.00	\$6.00
\$150.00	\$9.00



Cláusula de beneficio por discapacidad solo por accidente del cónyuge

Esta cláusula está diseñada para ofrecer un beneficio mensual si su cónyuge sufre una discapacidad debido a un accidente no ocupacional.

Paga un monto de beneficio mensual a usted por su cónyuge que está discapacitado como resultado de un accidente no ocupacional. Los beneficios comienzan en el 31ro día consecutivo después de la lesión y continuarán hasta por dos años.

Monto del beneficio mensual	Salario anual	Prima mensual
\$500.00	hasta \$10,000.00	\$4.00
\$1,000.00	\$10,001.00 - \$20,000.00	\$8.00
\$1,500.00	\$20,001.00 - \$30,000.00	\$12.00
\$2,000.00	\$30,001.00 y superior	\$16.00

Cláusula de fondos para COBRA

Esta cláusula está diseñada para ayudar a cubrir los costos de las primas de COBRA si usted elige cobertura de COBRA mientras esté recibiendo beneficios por discapacidad.

Para poder recibir beneficios según esta cláusula, usted debe: estar recibiendo beneficios según el plan base por discapacidad; elegir cobertura COBRA médica; y estar pagando primas de COBRA médica. Este beneficio pagará hasta el final del periodo del beneficio por discapacidad o hasta el final de su periodo de beneficio de COBRA médica, lo que ocurra primero.

Monto del beneficio mensual	Prima mensual
\$300.00	\$4.50
\$400.00	\$6.00
\$500.00	\$7.50
\$600.00	\$9.00

Cláusula de beneficio para sobreviviente

Esta cláusula está diseñada para brindar un beneficio a su beneficiario o sucesión, si usted muere mientras está recibiendo beneficios por discapacidad.

Los beneficios son pagaderos si usted ha estado discapacitado y sin trabajar al menos por 90 días, y muere mientras está recibiendo los beneficios por discapacidad. Paga un beneficio mensual hasta un año o hasta que el periodo máximo de discapacidad se haya agotado, lo que ocurra primero.

Monto del beneficio mensual	Prima mensual
\$2,000.00	\$6.80

Cláusula de beneficio por enfermedad crítica

Esta cláusula está diseñada para brindar un beneficio de suma total basado en el diagnóstico de cierta enfermedad crítica.

Los beneficios son pagaderos como monto de beneficio de suma total por única vez basado en un diagnóstico de los siguientes problemas de salud: ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, parálisis o insuficiencia de órganos principales. En caso de un ataque cardíaco, un médico debe realizar el diagnóstico y el tratamiento debe ocurrir dentro de las 72 horas a partir del inicio de los síntomas.

Monto del beneficio	Prima mensual
\$10,000.00	\$9.80
\$15,000.00	\$13.18
\$20,000.00	\$16.56
\$25,000.00	\$19.94

Limitaciones y exclusiones de la cláusula de beneficios

Cláusula de indemnización hospitalaria de beneficios limitados

El beneficio de internación hospitalaria no será pagadero por una lesión o enfermedad que suceda en los primeros 12 meses de cobertura si la lesión o enfermedad es causada por un problema de salud preexistente, o es el resultado de este, según se define en la póliza. Además de las exclusiones listadas en la póliza, no se pagarán beneficios según esta cláusula por ninguna internación hospitalaria causada por una enfermedad mental o abuso de drogas o alcohol, o que sea el resultado de esta. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad. Las estadías hospitalarias sucesivas se considerarán un internamiento si están separadas por menos de 90 días de internamiento en un hospital.

El término "hospital" no incluirá ninguna institución utilizada por usted como lugar para rehabilitación; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Cláusula de beneficio por enfermedad crítica

La cláusula de beneficio por enfermedad crítica no será pagadera por una pérdida que sea causada o que ocurra como resultado de: una enfermedad crítica cuando la fecha de diagnóstico sea durante el periodo de espera; una enfermedad crítica diagnosticada fuera de los Estados Unidos; o una enfermedad o lesión no definida específicamente en esta cláusula.

Ningún beneficio por enfermedad crítica será pagadero por una enfermedad crítica causada por un problema de salud preexistente o que resulte de este problema cuando la fecha de diagnóstico de la enfermedad crítica ocurre antes de que usted haya contado con cobertura continua según esta cláusula durante 12 meses consecutivos. Después de 12 meses consecutivos no se aplica esta exclusión.

Problema de salud preexistente significa una enfermedad, lesión, afección física o enfermedad mental para la que usted haya experimentado alguna de las siguientes situaciones: recibió un tratamiento; incurrió en gastos; tomó medicamentos; recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejos de un médico durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cláusula. El término problema de salud preexistente también incluirá los problemas relacionados con dicha enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad. No se pagará ningún beneficio por una enfermedad crítica cuando la fecha de diagnóstico ocurra durante el periodo de espera para enfermedad crítica. El periodo de espera es 30 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de esta cláusula.

Cláusula de beneficio de fondos para COBRA

Deben entregarse pruebas de elección de continuación COBRA médica a American Fidelity. Se requerirán pruebas de participación continuada en COBRA médica antes de que se paguen beneficios según esta cláusula. Su empleo debe haber terminado para que el beneficio se pague.

Cláusula de beneficio por discapacidad solo por accidente del cónyuge

Esta cláusula no ofrece beneficios para su cónyuge por ninguna discapacidad, fatal o no fatal, que resulte de cualquier de las siguientes situaciones: lesión autoinfligida de manera intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia; un acto de guerra, declarada o no declarada;

lesión sufrida o contraída mientras se está en servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; cometer un delito grave; encarcelación penal. American Fidelity no pagará beneficios durante ningún periodo en el que su cónyuge esté encarcelado en un penal o institución correccional o por ninguna lesión que ocurra mientras su cónyuge esté encarcelado en una institución penal o correccional; lesión que surja y se produzca durante una ocupación asalariada o que genere ganancias o por la cual su cónyuge tiene derecho a remuneración de los trabajadores. El término «derecho a compensación de los trabajadores» también incluirá los acuerdos por reclamaciones relacionadas con la compensación de los trabajadores que ocurran mediante acuerdo y liberación de responsabilidades. Además, no se pagará ningún beneficio según esta póliza por ningún periodo en el que su cónyuge tenga derecho a beneficios de la remuneración de los trabajadores; participación en cualquier deporte por un sueldo o ganancia; participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo de potencia por un sueldo o ganancia.

Cónyuge significa la persona con la que usted esté legalmente casado/a, que tenga menos de 70 años. Su cónyuge debe estar trabajando en un empleo de tiempo completo para que los beneficios sean pagaderos. Empleo de tiempo completo significa que su cónyuge está empleado un promedio de 25 horas o más por semana a cambio de un pago o beneficios. Empleo de tiempo completo no incluye ninguna hora en que su cónyuge esté trabajando como trabajador autónomo. No se pagará ningún beneficio para su cónyuge según esta cláusula por discapacidad por una lesión que haya ocurrido fuera de Estados Unidos o sus territorios. No se brindará beneficio por ningún periodo en el que su cónyuge no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico. No se brindará beneficio por ninguna lesión que sufra su cónyuge y sea causada por violencia conyugal o resulte de esta.

Cláusula de beneficio para sobreviviente

La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que resulte de: lesión autoinfligida de manera intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia; un acto de guerra, declarada o no declarada; lesión sufrida o enfermedad contraída mientras se está en servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; cometer un delito grave; encarcelación penal. American Fidelity no pagará beneficios por discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier periodo en el que usted esté encarcelado en un penal o institución correccional por 30 días consecutivos o más; lesión o enfermedad que surja y se produzca durante una ocupación asalariada o que genere ganancias o por la cual usted tiene derecho a remuneración de los trabajadores. No se brindará pago por discapacidad por ningún periodo en el que usted no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico.

Su cobertura según las cláusulas enumeradas anteriormente finalizará en la fecha que sea anterior de las siguientes: la finalización del último periodo para el que se haya pagado la prima; la fecha en que usted nos notifique por escrito que desea terminar la cobertura; la fecha en que se discontinúe esta cláusula; la fecha en que se discontinúe esta póliza; o la fecha en que termine su empleo.

La disponibilidad de cláusulas puede variar según el estado, el empleador y la cobertura a corto plazo con un periodo de beneficios de menos de 12 meses. Las cláusulas adicionales están sujetas a nuestras pautas generales de suscripción y la cobertura no está garantizada. Las cláusulas tienen limitaciones, exclusiones y periodos de espera. Para conocer los detalles completos, consulte su póliza. Estas cláusulas finalizarán en la misma fecha que la póliza o certificado al que están anexas.

Exclusiones de la póliza

La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que sea el resultado de:

- Lesión autoinfligida intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o una enfermedad contraída al estar en el servicio de cualquiera de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Cometer un delito grave.
- Encarcelamiento penal. No pagaremos beneficios por discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier periodo en el que usted esté encarcelado en un penal o institución correccional por 30 días consecutivos o más.

Su cobertura podrá extenderse hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará siempre y cuando la póliza grupal siga en vigencia, las primas estén pagas y usted siga siendo elegible para la cobertura según la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en trabajo activo, o su empleo termine. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con una notificación con 31 días de anticipación. Si el valor de las primas aumenta, se lo notificaremos con 60 días de anticipación.



Todos sus beneficios en un solo lugar.

Administre sus beneficios de American Fidelity y cuentas de reembolso a través de su cuenta en línea o la aplicación AFmobile®.

Las disposiciones y los beneficios de la póliza podrían variar si usted reside en un estado distinto al estado del domicilio de su empleador.

Pueden aplicar problemas de salud preexistentes.

Este folleto destaca características importantes de la póliza. Para conocer los detalles completos, consulte su certificado.

Como una gentileza para nuestros clientes, ofrecemos este formulario en español solamente con fines informativos. Tanto la póliza como los formularios de reclamación y atención al cliente se brindarán exclusivamente en inglés, y esos documentos regirán en todo caso que existiera una disputa debido a posibles diferencias lingüísticas. Si desea solicitar una copia de la versión en inglés, use la información de contacto que se incluye en la portada de la póliza para comunicarse con la empresa.

As a courtesy to our customers, this form is provided in Spanish for informational purposes only. The policy, and customer service and claim forms, will be provided in English only, and those documents will govern in all cases if there is a dispute due to possible linguistic differences. To request a copy of the English version, you may contact the company by using the contact information included on the face page of your policy.



Protegido y administrado por:
American Fidelity Assurance Company
800-662-1113 • americanfidelity.com

Seguro contra Cáncer

Opciones de Planes



American Fidelity | www.americanfidelity.com | 800.622.1113

A miles de estadounidenses se les diagnostica cáncer todos los días. Sin duda, la noticia es devastadora, tanto personal como económicamente. Es imposible anticipar un diagnóstico de cáncer, pero es posible prepararse para ello con un plan de seguro contra el cáncer.

Es probable que su cobertura médica principal no cubra todos los costos asociados con un diagnóstico de cáncer. Complementar su seguro médico principal con un seguro contra el cáncer puede ayudarle a pagar los gastos relacionados, como copagos y deducibles, especialistas, tratamiento experimental, hospitales especializados, gastos de viaje, atención domiciliaria y más.

Las primas se pagan mediante una conveniente deducción de la nómina para garantizar que su póliza permanezca en vigor si la necesita. Los beneficios se le pagan directamente a usted, por lo que puede elegir cómo gastar el dinero. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.



Seguro por cáncer

Concéntrese en la pelea.

Un diagnóstico de cáncer puede ser agotador tanto física como emocionalmente. Pero gracias a los avances en medicina y procedimientos para tratar el cáncer, cada vez más personas están venciendo esta enfermedad. Sin embargo, con la llegada de estos avances, también llega el continuo aumento en los costos del tratamiento para el cáncer.

El **Seguro individual por cáncer de beneficios limitados** ofrece una solución para ayudar a usted y a su familia a concentrarse en luchar contra la enfermedad.

Puntos destacados del plan

- **Ayuda a cubrir gastos**
para el tratamiento del cáncer, transporte, hospitalización, entre otros.
- **Los beneficios se le pagan directamente a usted**
para que los use como considere mejor.
- **Portable para llevarlo con usted**
incluso si deja su empleo.
- **Opciones de cobertura disponibles**
para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años.

Beneficios

Con más de 25 beneficios específicamente diseñados para ayudarle con el impacto financiero de recibir el diagnóstico, el seguro por cáncer puede ayudar a pagar los gastos no cubiertos por su seguro médico principal.

Los beneficios incluyen:



Tratamiento experimental

Este beneficio puede ayudarle a pagar un tratamiento experimental para contar con alternativas en su proceso de curación. Estos tipos de tratamientos pueden no estar cubiertos por los planes médicos principales.



Transporte y alojamiento

Este beneficio puede ayudar a pagar el transporte y alojamiento calificados para el paciente y la familia.

BENEFICIO DE PRUEBAS DE DETECCIÓN

Reciba un beneficio para su prueba de detección anual de cáncer interno, que incluye, aunque sin carácter limitativo, mamografía, Papanicolaou, prueba en sangre de antígeno prostático específico (PSA), radiografía de tórax, examen de sigmoidoscopia flexible, citología en medio líquido (thinprep pap test) y colonoscopia.

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (por año calendario)	
BÁSICA	ENHANCED
\$60	\$75

La prima y el monto de los beneficios brindados varían según el plan seleccionado. El beneficio de diagnóstico y prevención no está disponible en todos los estados.

Comercializado por:



First Financial Capital Corporation

P.O. Box 670329 • Houston, TX 77267-0329

(281) 847-8422

Teléfono gratuito (800) 523-8422

www.ffga.com

Beneficios

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED
------------	--------	----------

PRUEBAS DE DETECCIÓN

Beneficio de diagnóstico y prevención (1 por año calendario)	\$60	\$75
Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer (1 por año calendario)	\$60	\$75

TRATAMIENTO

Beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia (por periodo de 12 meses) (cargos reales)	hasta \$15,000	hasta \$20,000
Beneficio de imágenes para diagnóstico médico (por imagen - máx 2 por año calendario)	\$200	\$300
Beneficio de tratamiento de hormonas (por tratamiento - máx 12 tratamientos por año calendario)	\$50	\$50
Beneficio de trabajo administrativo/laboratorio (por mes calendario)	\$75	\$100
Beneficio de sangre, plasma y plaquetas (por día) (por año calendario máx)	\$150 \$7,500	\$200 \$10,000
Beneficio de tratamiento experimental	Pagado como cualquier beneficio no experimental	
Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre Autólogo (suministrado por el paciente) (por año calendario) No autólogo (suministrado por donante) (por año calendario)	\$1,000 \$3,000	\$1,500 \$4,500
Beneficio de donante	\$1,000 por donación	
Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado (por día)	\$150	\$150
Beneficio de enfermedad aterrador (por día, por los primeros 30 días, por internación en hospital) (por día a partir de ese momento)	\$200 \$400	\$300 \$600

HOSPITALIZACIÓN

Beneficio por internación hospitalaria (por día, por los primeros 30 días) (por día a partir de ese momento)	\$200 \$400	\$300 \$600
Beneficio de fármacos y medicamentos Internación hospitalaria (por internación) Paciente ambulatorio (por receta - \$100 mensual máx para Basic; \$100 para Enhanced)	\$200 \$50	\$300 \$50
Beneficio de médico que atiende (por día)	\$40	\$50
Beneficio de gobierno de EE.UU./ Hospital de caridad o HMO (por día en lugar de la mayoría de los beneficios) Internación en el hospital Servicios como paciente ambulatorio	\$200 \$200	\$300 \$300

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED
------------	--------	----------

AMBULANCIA, TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO

Beneficio de ambulancia (por viaje - máx 2 viajes, cualquier combinación, por internación) Terrestre Aérea	\$200 \$2,000	\$200 \$2,000
Beneficio de transporte y alojamiento (paciente y/o familiar) Transporte (\$1,500 máx por viaje de ida y vuelta - máx 12 viajes por año calendario) Alojamiento para paciente ambulatorio/familia (por día hasta 90 días, por año calendario)	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/ milla en automóvil \$60 \$80	

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Beneficio quirúrgico (monto unitario en dólares por unidad quirúrgica) (máx por operación)	\$30 \$3,000	\$40 \$4,000
Beneficio de anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta	
Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria (por día)	\$400	\$600
Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica (por diagnóstico)	\$300	\$300

CUIDADO CONTINUADO

Beneficio de prótesis No quirúrgico (por dispositivo - 1 por sitio, en la vida máx de 3) Implante quirúrgico (por dispositivo, incluye honorario quirúrgico - 1 por sitio, en la vida máx de 2) Prótesis de cabello (una vez en la vida)	\$150 \$1,500 \$150	\$200 \$2,000 \$200
Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos (por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital)	\$75	\$100
Beneficio de terapia física o del habla (por consulta, cualquier combinación, hasta cuatro por mes calendario - máx. de \$1,000 en la vida)	\$25	\$25
Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos (por día - \$13,500 máx en la vida para Basic; \$18,000 máx en la vida para Enhanced)	\$75	\$100
Beneficio de cuidado de salud en casa (por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital)	\$75	\$100
Exención de prima (mientras el asegurado principal permanezca discapacitado)	Después de 90 días continuos de discapacidad	

Consulte los puntos destacados de beneficios del plan para obtener descripciones completas de los beneficios y límites al plan. La prima y el monto de los beneficios brindados arriba varían según el plan seleccionado.

Puntos destacados de los beneficios del plan

PRIMAS MENSUALES

BÁSICA	Edades 18-40	Edades 41-50	Edades 51-60	Edades 61-70
Individual	\$16.30	\$23.60	\$32.60	\$44.20
Familia con 1 padre	\$24.40	\$35.20	\$48.70	\$65.90
Familiar	\$31.80	\$45.70	\$63.30	\$85.80

ENHANCED	Edades 18-40	Edades 41-50	Edades 51-60	Edades 61-70
Individual	\$21.00	\$30.80	\$42.40	\$57.30
Familia con 1 padre	\$31.40	\$45.80	\$63.30	\$85.60
Familiar	\$40.80	\$59.50	\$82.30	\$111.30

Puntos destacados de los beneficios del plan

Solo pérdida por cáncer: La póliza paga solo por pérdida resultante de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Cáncer: El cáncer significa una enfermedad que se manifiesta por un crecimiento autónomo (maligno) en el cual existe un crecimiento, función o propagación (local o distante) sin control de células en alguna parte del cuerpo. Esto incluye cáncer in situ y melanoma maligno. No incluye otros problemas que se podrían considerar precancerosos o que tienen el potencial maligno tales como: leucoplaquia, hiperplasia, policitemia, queratosis actínica, trastornos mielodisplásico y mieloproliferativo no maligno; anemia aplásica; atipia, gamopatía monoclonal no maligna, carcinoide; o lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

Todos los diagnósticos de cáncer deben ser diagnosticados positivamente por un médico con licencia legal o un certificado de medicina del American Board of Pathology (Consejo americano de patología) o el American Board of Osteopathic Pathology (Consejo americano de patología osteopática). Los beneficios según esta póliza pagan el monto del beneficio indicado por persona con cobertura debido a cáncer cubierto a menos que se especifique lo contrario.

Beneficio de diagnóstico, prevención y pruebas de detección de cáncer: Paga una prueba de detección de cáncer interno médica y generalmente reconocida cuando se incurre en un gasto por la prueba. Las pruebas incluyen, sin carácter limitativo, mamografías, citología en medio líquido (thinprep pap test), prueba en sangre de antígeno prostático específico (PSA), colonoscopia y radiografía de tórax. Consulte la póliza para ver más ejemplos. Las pruebas de detección pagaderas según este beneficio SOLAMENTE se pagarán con este beneficio y no incluirán ninguna prueba pagadera según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico. Solo se pagarán para las pruebas realizadas después del periodo de 30 días luego de la fecha de vigencia de la cobertura de la persona cubierta. Este beneficio está disponible sin que sea necesario un diagnóstico de cáncer.

Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer: Pagadero para un seguimiento de prueba de detección invasiva necesaria debido a un resultado anormal de una prueba de detección cubierta. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico positivo de cáncer se pagarán según el beneficio quirúrgico.

Beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia: Paga los cargos reales hasta el monto máximo indicado cuando se recibe la radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia según se define en la póliza, por periodo de 12 meses. El periodo de 12 meses comienza el primer día en que se recibe la radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia cubierta. Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados con la radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia. Este beneficio no incluye fármacos/medicinas cubiertos por el beneficio de fármacos y medicinas o el beneficio de terapia hormonal. Cargos reales significa la cantidad realmente pagada por la persona asegurada, o en su nombre, y aceptada por el proveedor de los servicios prestados.

Beneficio de imágenes para diagnóstico médico: Paga el monto de indemnización para una resonancia magnética (MRI); tomografía computarizada (CT); tomografía axial computarizada (CAT); o tomografía por emisión de positrones (PET) cuando se realiza a pedido de un médico.

Beneficio de tratamiento de hormonas: Los fármacos y medicamentos cubiertos según el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia no están incluidos. Este beneficio no cubre procesos administrativos relacionados.

Beneficio de trabajo administrativo/laboratorio: Paga cuando se realizan los procedimientos relacionados con el tratamiento de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia y los beneficios son pagaderos durante el mismo mes calendario que el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia.

Beneficio de sangre, plasma y plaquetas: Solamente se brindan beneficios para sangre, plasma y plaquetas según este beneficio. Los procesos de laboratorio y los factores estimuladores de colonias no están cubiertos.

Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre: La extracción de médula ósea o células madres de un donante no está cubierta según este beneficio.

Beneficio por internación hospitalaria: Pagadero mientras esté internado en un hospital durante al menos 18 horas seguidas. Un hospital no es una institución o parte de la misma que se utilice como: una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; una casa de convalecencia; una instalación de descanso o de enfermería, una instalación de rehabilitación; una instalación de cuidados extendidos; una instalación de enfermería especializada; o una instalación que permite principalmente custodia, cuidado educativo o cuidado o tratamiento para personas que sufran de enfermedades o trastornos mentales, o cuidado para los ancianos, o adicción al alcohol o las drogas. Este beneficio no es pagadero para tratamiento como paciente ambulatorio.

Medicamentos y beneficio de medicinas: Paga por medicamento contra las náuseas y el dolor recetado por un médico y administrado mientras también se recibe radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia, una cirugía cubierta, o un trasplante de médula ósea/células madre. No incluye procesos administrativos asociados o fármacos o medicamentos cubiertos bajo el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia o el beneficio de terapia hormonal.

Beneficio de médico que atiende: Paga por una consulta a un médico por día cuando se requieren los servicios de un médico, que no sea cirujano, mientras está internado en el hospital.

Beneficio de gobierno de EE.UU./Hospital de caridad/HMO: Pagadero cuando no está disponible una lista desglosada de servicios debido a la internación en un hospital de caridad o en un hospital que sea propiedad del gobierno de EE. UU., o que esté operado por este; o cubierta por una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o un grupo relacionado de diagnóstico donde no se hacen cargos por el tratamiento del cáncer o una enfermedad aterradora cubierta. Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los beneficios cubiertos según esta póliza.

Beneficio de ambulancia: Si se requieren los servicios de ambulancia aérea y terrestre el mismo día, pagaremos solamente el monto más alto del beneficio. La persona con cobertura debe ser admitida como paciente hospitalizado e internado en el hospital durante al menos 18 horas seguidas.

Beneficios de transporte y alojamiento: Paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren con horario, o en automóvil y alojamiento como paciente ambulatorio/familia para recibir tratamiento de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia, trasplante de médula ósea o de células madre, o cirugía en un hospital no disponible localmente y al menos a 50 millas de la residencia de la persona con cobertura. Pagadero para la persona con cobertura y un familiar adulto. Si viaja en el mismo automóvil o se aloja en la misma habitación, el beneficio es pagadero solo para la persona con cobertura. Si la persona cubierta recibe tratamiento mientras está internada en un hospital, el transporte y alojamiento se pagarán una vez por internación. El viaje debe ser dentro de los Estados Unidos o sus territorios. Paga solo un modo de transporte por viaje redondo.

Beneficio quirúrgico: Pagadero cuando se realiza una operación quirúrgica a una persona cubierta para un diagnóstico cubierto de cáncer, cáncer de la piel o cirugía reconstructiva debido a un cáncer. Los beneficios se calculan hasta un beneficio máximo multiplicando el valor unitario quirúrgico asignado al procedimiento, tal como se muestra en la tabla de valores relativos más actual del médico, por el monto unitario en dólares mostrado en la póliza. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarán como una operación y los beneficios se limitarán al procedimiento más caro. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico negativo de cáncer no están cubiertas por este beneficio. Las cirugías de médula ósea, cirugías para implantar un dispositivo protésico permanente no están cubiertas por este beneficio. Este beneficio es pagadero para cirugía reconstructiva de seno realizada en un seno no enfermo para establecer una simetría con un seno enfermo cuando la cirugía reconstructiva en el seno enfermo se realiza mientras la persona está cubierta por esta póliza. La cirugía reconstructiva en el seno no enfermo debe realizarse dentro de los 24 meses de la cirugía reconstructiva en el seno enfermo.

Beneficio de anestesia: Los servicios de un anestesiólogo para trasplantes de médula ósea, cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica no están cubiertos.

Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria: Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos.

Puntos destacados de los beneficios del plan(cont.)

Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica: Pagadero una vez por diagnóstico de cáncer para una segunda opinión quirúrgica, y una tercera si la segunda está en desacuerdo con la primera. Las opciones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas.

Beneficio de prótesis: Pagadero para un dispositivo protésico recibido debido a un cáncer que se manifestó después de 30 días de la fecha de entrada en vigencia y, si se requiere cirugía, su implante quirúrgico. Los insumos relacionados con la prótesis, tales como sostenes especiales o bolsas de ostomía e insumos, o prótesis de cabello no están cubiertos.

Beneficio de prótesis de cabello: Pagadero una vez por persona con cobertura por vida cuando se necesita una prótesis de cabello.

Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos: Paga por internación autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días después de una internación hospitalaria.

Beneficio de terapia física o del habla: La terapia debe ser realizada por un cuidador con licencia en terapia física o del habla. Beneficios pagaderos por cualquier combinación de tratamientos con terapia física o del habla hasta el máximo indicado.

Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos: Pagadero cuando un médico determina una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos y aprueba cuidados paliativos en el hogar o en una instalación de cuidados paliativos. Este beneficio no incluye cuidado de bebé sano, servicios de voluntarios, alimentos, servicios de limpieza y mantenimiento del hogar, o apoyo familiar después de la muerte.

Beneficio de cuidado de salud en casa: Paga por atención médica en el hogar autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días posteriores a una internación hospitalaria. Este beneficio no incluye asesoría sobre nutrición, servicios sociales médicos, insumos médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipo médico duradero, medicamentos o fármacos, cuidado de los niños, servicios de comidas o de mantenimiento y limpieza del hogar, o terapia física o del habla. El servicio debe ser brindado por un enfermero o un asistente de enfermería en el hogar y no puede ser un familiar.

Desistimiento de beneficio de la prima: Si el asegurado primario queda discapacitado debido al cáncer y se mantiene así por más de 90 días consecutivos, pagaremos todas las primas para la póliza y cláusulas adicionales pagaderas después del día 90, siempre y cuando el asegurado primario se mantenga discapacitado. "Discapacitado" se define como la incapacidad del asegurado principal, a causa del cáncer, de trabajar en cualquier trabajo para el cual esté calificado por educación, capacitación o experiencia; no trabajar en algún puesto a cambio de sueldo o beneficios; y estar bajo el cuidado de un médico para el tratamiento del cáncer. La póliza debe estar en vigencia al momento en que inicie la discapacidad y el asegurado primario debe tener menos de 65 años.

Beneficio de tratamiento experimental: Los beneficios por tratamiento experimental indicado por un médico para el tratamiento de cáncer serán suministrados al igual que el tratamiento no experimental. No se brinda cobertura para tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Beneficio de donante: Paga si un donante incurre en gastos en nombre de una persona con cobertura para una cirugía cubierta debido a trasplante de órgano, trasplante de médula ósea o trasplante de células madres. Este beneficio no cubre los gastos de donantes de sangre.

Beneficio de enfermedad aterradora: Enfermedades catastróficas cubiertas: enfermedad de Addison, esclerosis lateral amiotrófica, fibrosis quística, difteria, encefalitis, epilepsia tónico-clónica generalizada (epilepsia de gran mal), enfermedad del legionario, meningitis, esclerosis múltiple, distrofia muscular, miastenia grave, enfermedad de Niemann-Pick, osteomielitis, poliomiolitis, síndrome de Reye, fiebre reumática, fiebre maculosa de las montañas Rocosas, anemia de células falciformes (drepanocitosis), lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Tay-Sach, tétanos, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de shock tóxico, tuberculosis, tularemia, fiebre tifoidea, enfermedad de Whipple.

Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado: Paga cuando una persona con cobertura está internada en el hospital y recibe atención de enfermería especial autorizada por un médico (distinta a la que brinda normalmente un hospital) de al menos 8 horas consecutivas durante un periodo de 24 horas.

Consulte su póliza para obtener más información acerca de los beneficios enumerados arriba.

Elegibilidad: La póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) se emitirán únicamente a las personas que cumplan con los requisitos de capacidad de aseguramiento de American Fidelity, que incluyen respuestas satisfactorias a preguntas médicas. Usted, su cónyuge legal y cada hijo biológico, adoptado o hijastro que tenga menos de 26 años de edad son elegibles para solicitar la cobertura. Hijo elegible también incluye: cualquier hijo para quien usted debe brindar apoyo médico según una orden emitida conforme a 14.061 del Código de Familia, o exigible por un tribunal en Texas; nietos si esos menores son sus dependientes para fines del impuesto federal sobre la renta; y todo menor si usted es parte en un juicio en el que se busca la adopción del menor.

Limitaciones y exclusiones: Este póliza paga solo por pérdida resultante de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. Este póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Problema de salud preexistente: Un problema preexistente es cáncer o una enfermedad aterradora para la cual, al menos 12 meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, un miembro de la profesión médica recomiende o brinde consejo médico, consulta o tratamiento, incluidos medicamentos recetados; o para la cual los síntomas se manifiesten de tal manera que provocarían que una persona ordinariamente prudente buscara diagnóstico, consejo médico o tratamiento. Los problemas de salud preexistentes que se mencionan o describen de manera específica como excluidas en cualquier parte de la póliza nunca reciben cobertura. No se pagan beneficios para ninguna persona cubierta por cualquier pérdida incurrida durante el primer año de esta póliza, como resultado de un problema preexistente.

Período de espera: La póliza tiene un periodo de espera de 30 días durante el cual no se pagarán beneficios según esta póliza. Si se diagnostica cáncer o una enfermedad aterradora antes del final del periodo de 30 días inmediatamente después de la fecha de entrada en vigencia, la cobertura se aplicará solo a las pérdidas en las que se incurra después de un año desde la fecha de entrada en vigencia. Si a alguna persona cubierta se le diagnostica cáncer o una enfermedad aterradora durante el periodo de 30 días inmediatamente después de la fecha de entrada en vigencia, usted puede elegir anular la póliza desde el principio y recibir un reembolso total de la prima. Todos los beneficios son pagaderos únicamente hasta el monto máximo señalado en el programa de beneficios en la póliza.

Terminación del seguro: La póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura finalizará en cualquiera de estas situaciones: 1) la que suceda primero: la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; 2) la finalización del mes de la póliza/cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para terminar la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 3) la fecha de su muerte, si es un plan individual. Si el plan no es individual, las personas con cobertura que continúen con vida podrán tener derecho a continuar o convertir su cobertura. La cobertura terminará cuando ellos ya no cumplan con los requisitos para ser elegibles.

Para el cónyuge, la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura finalizará en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: 1) la finalización del mes de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para eliminar al cónyuge de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 2) la finalización del periodo de la prima en el que se obtiene un divorcio o anulación; o 3) la fecha de su muerte.

Para el(los) hijo(s), esta póliza/cláusula(s) adicional(es) finalizará(n) y la cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas: 1) la finalización del mes de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para eliminar al(a los) hijo(s) de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 2) la finalización del periodo de la prima en el que el hijo deja de cumplir con la definición de hijo elegible; o 3) la fecha de su muerte.

Renovación garantizada: Usted tiene garantizado el derecho a renovar su póliza/su(s) cláusula(s) adicional(es) durante su vida siempre y cuando pague las primas en la fecha de vencimiento o dentro del periodo de gracia para primas. Tenemos derecho a aumentar las primas según la clase.

Este producto puede contener limitaciones, exclusiones y periodos de espera. Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.

Protegido y administrado por:



American Fidelity Assurance Company
americanfidelity.com

Seguro contra Enfermedades Graves

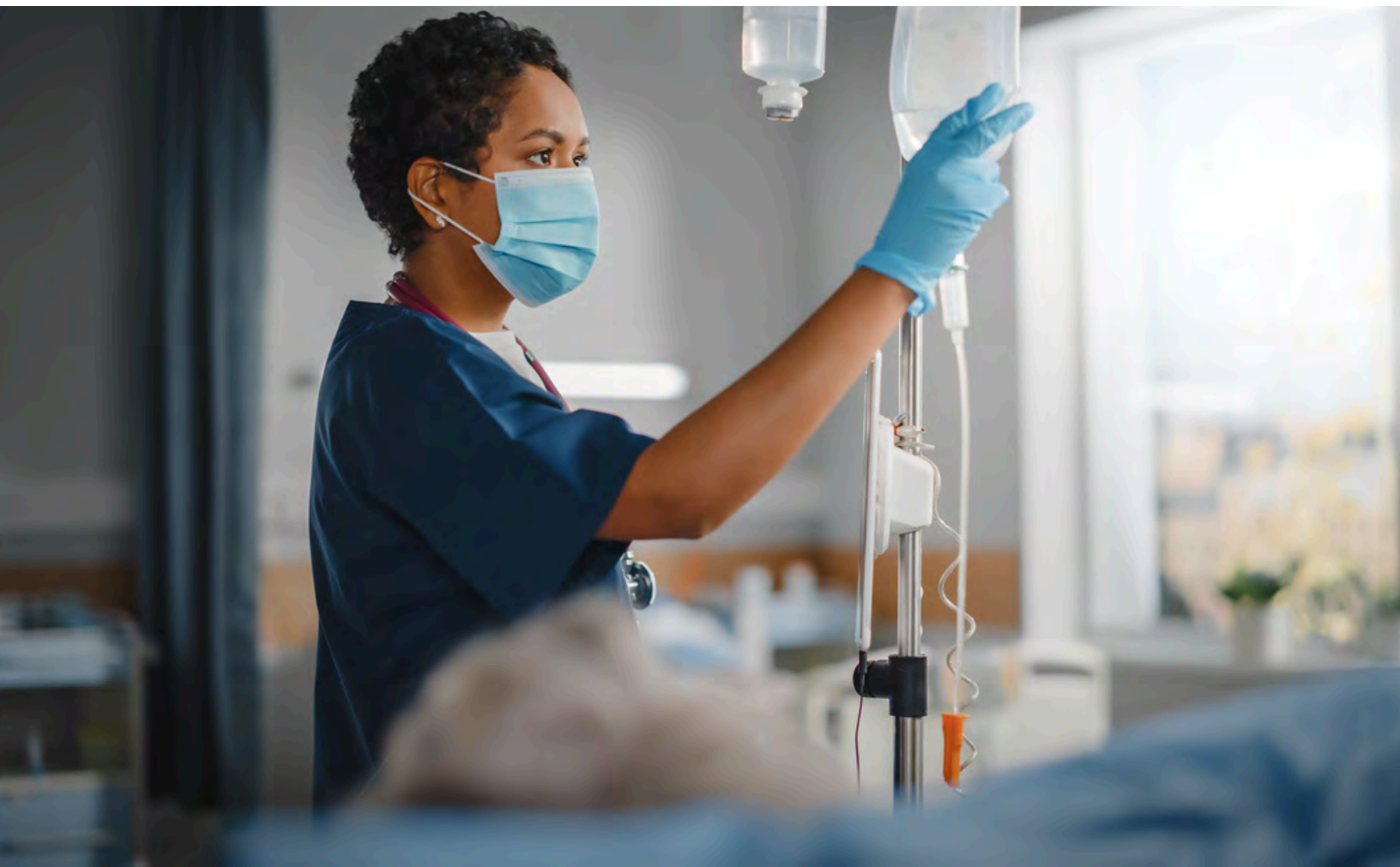
Aflac | www.aflacgroupinsurance.com | 800.433.3036

Prepárese para lo inesperado

Si ha oído hablar de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, trasplantes de órganos o parálisis, entonces está familiarizado con las enfermedades graves. Es probable que usted o alguien que conozca haya experimentado uno de estos eventos que le cambiaron la vida. Muchas veces, una enfermedad grave tiene un impacto poderoso en la vida de las personas, afectando su sustento y sus finanzas.

Un plan de enfermedades graves puede ayudar con los costos de tratamiento de enfermedades cubiertas. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se haya asignado de otra forma, lo que le da la opción de decidir cómo gastar el dinero. Además, hay planes disponibles para brindarle cobertura a usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

Prepárese ahora para lo inesperado con un plan de seguro contra enfermedades graves. El plan le ayuda a concentrarse en recuperarse en lugar de preocuparse por las finanzas. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.



Seguro Colectivo contra Enfermedades Graves

Puede contar con Aflac para ayudar a aliviar el impacto financiero de sobrevivir a una enfermedad grave.



En Texas: Ésta no es una póliza de seguro de indemnización por accidente de trabajo. El empleador no se convierte en suscriptor del sistema de indemnización por accidente de trabajo al comprar esta póliza, y si el empleador no es suscriptor, el empleador pierde los beneficios que de otro modo se acumularían bajo las leyes de indemnización por accidente de trabajo. El empleador debe cumplir con la ley de indemnización por accidente de trabajo en lo que respecta a los no suscriptores y las notificaciones requeridas que deben presentarse y publicarse.

En Georgia, Plan de Seguro Colectivo contra Enfermedades Graves con Beneficios Limitados. El plan no contiene beneficios de bienestar integral para adultos según lo definido por la ley.

SEGURO COLECTIVO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES DE AFLAC

Aflac puede ayudar a aliviar las presiones financieras que pueden surgir en el transcurso de una enfermedad grave.

Es muy probable que usted conozca a alguien que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave. Es inevitable notar la diferencia en la vida de la persona, tanto a nivel físico como emocional. Lo que no es tan evidente es el impacto que una enfermedad grave puede tener sobre las finanzas personales de cualquier individuo.

Esto ocurre porque, a pesar de que un plan médico principal puede pagar una buena porción de los costos asociados con una enfermedad grave, hay muchos otros gastos que podrían no estar cubiertos. Y, para una persona en recuperación, lo menos aconsejable es tener que preocuparse por los costos no cubiertos.

Este es el beneficio de un Plan Colectivo contra Enfermedades Graves de Aflac.

Puede ayudarle a pagar los costos del tratamiento de una enfermedad grave cubierta, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Y lo que es aún más importante: el plan le permite concentrarse en la recuperación en vez de estar preocupado por los costos no cubiertos. Con el Plan de Enfermedades Graves, usted recibirá beneficios en efectivo directamente (salvo que se asignen de otro modo) y esto le dará flexibilidad para pagar los costos relacionados con el tratamiento o sus gastos cotidianos.

Pero esto no es todo. Tener un seguro colectivo contra enfermedades graves de Aflac significa que usted puede haber incorporado recursos financieros para ayudar con los gastos médicos o con los gastos de su vida diaria.

Características:

- Usted recibe los beneficios directamente, a menos que elija otra forma de pago.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos a cargo.
- La cobertura se puede continuar (bajo ciertas condiciones). Esto significa que, si cambia de trabajo o se jubila, puede seguir manteniendo el mismo plan.

Cómo funciona

Se selecciona la cobertura **Colectiva de Enfermedades Graves de Aflac**.

Usted presenta dolor en el pecho y adormecimiento en el brazo izquierdo.

Usted acude a la sala de emergencias.

Un médico determina que usted ha sufrido un ataque cardíaco.

El Seguro Colectivo contra Enfermedades Graves de Aflac paga un Beneficio por Primera Aparición de:

\$10,000

El monto del beneficio se basa en el Beneficio de \$10,000 por Primera Aparición de la Enfermedad.

Para obtener más información, consulte a su agente o productor de seguros, llame al 1.800.433.3036 o visite aflacgroupinsurance.com.

BENEFICIOS DE ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTOS:

CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE CARDÍACO (Infarto de Miocardio)	100%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (Isquémico o Hemorrágico)	100%
INSUFICIENCIA DE RIÑÓN (Insuficiencia Renal en Fase Terminal)	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)	100%
PARO CARDÍACO REPENTINO	100%
TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PRINCIPAL (El 25 % de este beneficio es pagadero para los asegurados incluidos en una lista de trasplantes para un trasplante de órgano importante)	100%
COMA	100%
PARÁLISIS	100%
PÉRDIDA DE LA VISTA	100%
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	100%
PÉRDIDA DEL HABLA	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
DIABETES TIPO I	100%
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA O BYPASS	100%
CÁNCER NO INVASIVO	25%
CÁNCER METASTÁSICO	25%

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio de indemnización de suma única al momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta, cuando dicho diagnóstico fuera ocasionado por una enfermedad subyacente o atribuido a ésta. Los beneficios se basarán en el valor nominal vigente a la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos 3 meses consecutivos.

BENEFICIO DE ENFERMEDAD RECURRENTE

Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos 6 meses consecutivos.

BENEFICIO DE CÁNCER DE LA PIEL

Pagaremos \$1,050 por el diagnóstico de cáncer de la piel. Este beneficio será cubierto una vez por año calendario.

BENEFICIO POR ACCIDENTE

Pagadero si un asegurado sufre un accidente cubierto y sufre cualquiera de los siguientes, que se debe únicamente a, causado y atribuido al accidente cubierto: Coma / Pérdida de la vista / Pérdida del habla / Pérdida de la audición / Quemaduras graves / Parálisis

100%

EXENCIÓN DE LA PRIMA

Si quedara totalmente discapacitado debido a una enfermedad grave cubierta antes de los 65 años, después de 90 días continuos de discapacidad total, quedará exento del pago de primas para usted y cualquiera de sus familiares a cargo cubiertos. Siempre y cuando quede totalmente discapacitado, las primas quedarán exentas hasta 24 meses, sujeto a los términos del plan.

BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO (En Missouri, privilegio de conversión (sucesor asegurado))

Si la cobertura de su cónyuge estuviera vigente al momento del fallecimiento del principal asegurado, el cónyuge superviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el valor nominal existente del cónyuge y además incluirá la cobertura de los hijos a cargo vigentes en ese momento. Consulte el certificado para más detalles.

COBERTURA PARA LOS HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Todo hijo a cargo está cubierto al 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal, sin costo adicional. La cobertura sólo de niños no está disponible.

BENEFICIO DE EXAMEN DE SALUD / \$100 POR AÑO CALENDARIO

Pagadero por exámenes de detección de salud realizados mientras la cobertura de un asegurado está vigente. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario, por asegurado. Este beneficio sólo se paga por las pruebas de detección médica realizadas como resultado de la atención preventiva, incluidas las pruebas y los procedimientos de diagnóstico ordenados en relación con los exámenes de rutina.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONDICIONES DE SALUD DE LA INFANCIA	Porcentaje del valor nominal del empleado
FIBROSIS QUÍSTICA	50%
PARÁLISIS CEREBRAL	50%
LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO	50%
SÍNDROME DE DOWN	50%
ENFERMEDAD POR DEFICIENCIA DE FENILALANINA HIDROXILASA (PKU)	50%
ESPINA BÍFIDA	50%
Monto del beneficio único	

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	\$3,000
Los beneficios son pagaderos si a un hijo dependiente se le diagnostica una de las condiciones enumeradas y la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está vigente. (En Indiana, el plan no debe excluir específicamente el diagnóstico). Para que se cubra cualquier Condición infantil posterior, la fecha de diagnóstico de la Condición infantil posterior debe cumplir con el período de separación del Diagnóstico adicional descrito en el folleto. Estos beneficios se pagarán en función del monto nominal vigente en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.	

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDAD PROGRESIVA	Porcentaje del valor nominal
Esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig)	100%
Esclerosis múltiple sostenida	100%
Enfermedad de Alzheimer avanzada	100%
Enfermedad de Parkinson avanzada	100%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	25%
Enfermedad de Crohn	25%

Estos beneficios se pagarán en función del valor nominal vigente en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave. Pagaremos el beneficio que se muestra al momento del diagnóstico de una de las enfermedades cubiertas si la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está vigente.

El beneficio de enfermedad progresiva se paga sólo una vez por enfermedad.

Para que se cubra cualquier enfermedad progresiva posterior, la fecha de diagnóstico de la enfermedad progresiva posterior debe cumplir con el período de separación del diagnóstico adicional descrito en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS		
BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA DE NIVEL I Hipofunción Suprarrenal (Enfermedad de Addison), Meningitis Cerebroespinal, Difteria, Encefalitis, Corea de Huntington, Enfermedad del Legionario, Enfermedad de Lyme, Malaria, Distrofia Muscular, Miastenia Grave, Fascitis Necrosante, Osteomielitis, Poliomieltitis (Polio), Rabia, Anemia Drepanocítica, Lupus Sistémico, Esclerosis Sistémica (Esclerodermia), Tétano, Tuberculosis		
Pagaremos el beneficio que se muestra si a un asegurado se le diagnostica una de las Enfermedades Específicas de Nivel I enumeradas, y si la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está vigente. Para que se cubra cualquier Enfermedad Específica de Nivel I subsiguiente, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica de Nivel I subsiguiente debe ser 180 días o más después de la fecha en que el asegurado calificó por primera vez para cualquier Beneficio de Enfermedad Específica de Nivel I pagado previamente.		25%
BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA DE NIVEL II Enfermedades Cubiertas: Coronavirus Humano		
Pagaremos el beneficio que se muestra si a un asegurado se le diagnostica coronavirus humano, y dicho diagnóstico resulta en un período de hospitalización o internación en la unidad de cuidados intensivos del hospital como resultado directo del coronavirus humano. Además, la fecha de diagnóstico debe ser durante la vigencia de la cláusula adicional. Además, el asegurado debe estar recibiendo tratamiento por coronavirus humano durante el número mínimo de días indicado. Sólo se pagará el monto de beneficio elegible más alto bajo estos beneficios. En caso de que se haya pagado previamente un monto de beneficio menor bajo estos beneficios por cualquier período de hospitalización y que el internamiento se prolongue o el asegurado sea trasladado a una unidad de cuidados intensivos que genere un pago mayor, se facilitará la diferencia entre el monto del beneficio pagado anteriormente y el nuevo beneficio. Para que se cubra cualquier diagnóstico posterior de coronavirus humano, la fecha del diagnóstico debe cumplir con el período de separación del diagnóstico adicional descrito en el folleto. En Alaska, todas las referencias a coronavirus humano se revisan a coronavirus humano grave.		10% si está internado en un hospital durante 4-9 días 25% si está internado en un hospital durante 10 días o más 40% si está confinado a una unidad de cuidados intensivos
Las referencias al estado se refieren al estado de su grupo y no a su estado de residencia. Si su plan incluye tarifas por edad alcanzada, eso significa que su plan tiene una franja de edad y sus tarifas pueden aumentar en la fecha de aniversario de la póliza. Todas las limitaciones y exclusiones que se aplican al plan de enfermedades graves también se aplican a todas las cláusulas adicionales, si corresponde, a menos que las modificaciones sean modificadas por las cláusulas adicionales. EXCLUSIONES No pagaremos por la pérdida debido a cualquiera de los siguientes: - Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o actuar de modo tal que pueda causarse una autolesión. - En Alaska y Nevada, lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente. - En Vermont, lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o actuar de modo tal que pueda causarse una autolesión mientras está cuerdo. - Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio, esté o no en control de sus afecciones mentales. - En Missouri: cometer o intentar cometer suicidio, mientras esté sano. - En Pennsylvania y Vermont, cometer o intentar cometer suicidio. - En Illinois y Minnesota, esta exclusión no corresponde. - Actos Ilegales – participar o intentar participar en una actividad ilegal o involucrarse en un trabajo ilegal. - En Maryland, esta exclusión no corresponde. - En Illinois y Pennsylvania, Ocupación Ilegal - cometer o intentar cometer un delito grave o participar en una ocupación ilegal. - En Nebraska, estar involucrado en una ocupación ilegal, o cometer o intentar cometer un delito grave. - En Nevada, ser condenado por participar en un delito grave o trabajar en un trabajo ilegal que podría resultar en una ganancia financiera para el miembro obtenida por medios ilícitos. Esta exclusión no se aplica a actos o víctimas de violencia doméstica, independientemente de si el asegurado contribuyó a alguna pérdida o lesión. - En Ohio, cometer o intentar cometer un delito grave o trabajar en un trabajo ilegal. - En Utah, participar voluntariamente en una actividad ilegal o trabajar voluntariamente en un trabajo ilegal; - En Vermont, participar o intentar participar en un delito grave, o trabajar en un trabajo ilegal. - Participación (en Utah, participación voluntaria) en conflictos violentos de cualquier tipo (en Nevada, conflictos de los siguientes tipos), incluidos: - Guerra (declarada o no) o conflictos militares - En Florida y Carolina del Norte, la guerra no incluye actos de terrorismo. - En Oklahoma, guerra o acto de guerra, declarada o no, cuando presta servicio en el servicio militar o en una unidad auxiliar del mismo; - Insurrección o motín - Conmoción civil o estado civil de beligerancia - En D.C., participación en conflictos violentos de cualquier tipo, incluidos: - Guerra (declarada o no) o conflictos militares; - Insurrección o motín (motín significa un disturbio público que involucra una reunión de 5 o más personas que por una conducta tumultuosa y violenta o la amenaza de ello crea un grave peligro de daño o lesión a la propiedad o a las personas. Una exclusión por motín se aplicará sólo cuando una persona deliberadamente incita o insta a un motín o deliberadamente incita o insta a otras personas a participar en un motín. - En Maryland, participación en conflictos violentos de cualquier tipo, incluidas guerras (declaradas o no) o conflictos militares. - Abuso de sustancias ilegales que incluye lo siguiente: - Abuso de medicamentos recetados obtenidos legalmente - Uso ilegal de medicamentos sin receta - En Kentucky, abuso de sustancias ilegales que incluye lo siguiente: - Cualquier pérdida sufrida o contraída como consecuencia de que el asegurado esté intoxicado o bajo la influencia de cualquier droga, a menos que se administre por consejo de un médico y se tome de acuerdo con las instrucciones del médico.		

- En Louisiana, abuso de sustancias ilegales que incluye lo siguiente:
 - Embriaguez ilegal o
 - Estar bajo la influencia de estupefacientes a menos que se administren por indicación médica.
- En Massachusetts, abuso de sustancias ilegales que incluye lo siguiente:
 - Abuso de medicamentos recetados obtenidos legalmente
 - Uso ilegal de medicamentos sin receta
 - Servicios prestados para la desintoxicación de alcohol y drogas.
- En Maryland, Nevada, Dakota del Sur y Vermont, esta exclusión no se aplica.
- Un error, percance o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico.
 - En Pennsylvania y Utah, esta exclusión no se aplica.
- En Texas, diagnóstico de una enfermedad grave realizado por un miembro de la familia.
- En Maryland, cualquier reclamación que la junta reguladora correspondiente determine que se proporcionó como resultado de una derivación prohibida según se define en §1-302 del Artículo de Ocupaciones de la Salud.

El diagnóstico debe realizarse y el tratamiento debe recibirse en los Estados Unidos o sus territorios.

Todos los beneficios bajo el plan, incluidos los beneficios para diagnósticos, tratamiento, hospitalización y pruebas cubiertas, son pagaderos únicamente mientras la cobertura esté vigente.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA SABER

El tumor cerebral benigno debe ser causado por neoplasia endocrina múltiple, neurofibromatosis o síndrome de Von Hippel-Lindau.

El beneficio de Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) no es pagadero si el trasplante resulta de una enfermedad grave cubierta por la cual se ha pagado un beneficio bajo este plan.

Los siguientes no se consideran cánceres internos o invasivos:

- Tumores o pólipos premalignos
- Carcinomas in situ
- Cualquier cáncer de piel no invasivo superficial, incluido el carcinoma de células basales y de células escamosas de la piel (en Maryland, esta exclusión no se aplicará cuando el cáncer de piel haga metástasis y provoque cáncer interno).
- Melanoma in situ
- Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A bajo estadificación TNM
- Cáncer metastásico

Un cáncer no invasivo es:

- Carcinoma interno in situ
- Síndrome mielodisplásico - AR (anemia refractaria)

- Síndrome mielodisplásico - ARSA (anemia refractaria con sideroblastos anillados)
- Trastorno sanguíneo mieloproliferativo

Las condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno, distintas de las mencionadas específicamente arriba, no se consideran cáncer no invasivo.

Los cánceres de piel no son pagaderos bajo el Beneficio por Cáncer (interno o invasivo) o el Beneficio por Cáncer No Invasivo. Se consideran cánceres de piel los siguientes:

- Carcinoma de células basales
- Carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in situ
- Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A bajo estadificación TNM

Coma significa un estado de inconsciencia profunda y continua, que dura al menos siete días consecutivos (en Pennsylvania, tres días consecutivos) y se caracteriza por la ausencia de:

- Movimientos oculares espontáneos,
- Respuesta a estímulos dolorosos, y
- Vocalización.

Coma no incluye un coma inducido médicamente.

Para ser pagadero como un beneficio por accidente, el coma debe ser causado únicamente por un accidente cubierto o atribuirse únicamente a él. Para ser considerado una enfermedad grave, el coma debe ser causado únicamente por o atribuirse únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Aneurisma Cerebral
- Diabetes
- Encefalitis
- Epilepsia
- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Meningitis

Una Enfermedad Grave es una enfermedad o dolencia según se define en el plan que se manifiesta por primera vez (en Maryland y Dakota del Sur, que se manifiesta; en Illinois, comenzó) mientras su cobertura está vigente. En Pennsylvania, una enfermedad o padecimiento, tal como se define en el plan, que se diagnostica o se trata por primera vez mientras su cobertura está vigente.

La fecha de diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Tumor cerebral benigno: La fecha en que un médico determina la presencia de un tumor cerebral benigno según el examen del tejido (biopsia o escisión quirúrgica) o un examen neurorradiológico específico
- Cáncer: El día en que se toman muestras de tejido, muestras de sangre o títulos (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en dichas muestras).
 - En Carolina del Norte, el día en que se toman las muestras de tejido, la biopsia, el cultivo, las muestras de sangre o los títulos en los que el diagnóstico médico positivo es la fecha en que se comunica el diagnóstico al asegurado. (El diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en dichas muestras).
- Cáncer no invasivo: El día en que se toman

muestras de tejido, muestras de sangre o títulos (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en dichas muestras).

- En Carolina del Norte, el día en que se toman las muestras de tejido, la biopsia, el cultivo, las muestras de sangre o los títulos en los que el diagnóstico médico positivo es la fecha en que se comunica el diagnóstico al asegurado. (El diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en dichas muestras).

- Cáncer de piel: La fecha en que se toman las muestras de biopsia de piel para su examen microscópico.
- Trasplante de médula ósea (trasplante de células madre): La fecha en que se realiza la cirugía.
- Coma: El primer día del período en el que un médico confirma un coma que se debe a una de las enfermedades subyacentes y que ha durado al menos siete días consecutivos.
- Cirugía de derivación de la arteria coronaria: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Ataque cardíaco (infarto de miocardio): La fecha en que ocurre el infarto (muerte) de una porción del músculo cardíaco. Esto se basa en los criterios enumerados en la definición de ataque al corazón (infarto de miocardio).
- Insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal): La fecha en que un médico recomienda que un asegurado comience la diálisis renal.
- Pérdida de la audición: La fecha en que un médico determina objetivamente que la pérdida debido a una de las enfermedades subyacentes es total e irreversible.
- Pérdida de la vista: La fecha en que un médico determina objetivamente que la pérdida debido a una de las enfermedades subyacentes es total e irreversible.
- Pérdida del habla: La fecha en que un médico determina objetivamente que la pérdida debido a una de las enfermedades subyacentes es total e irreversible.
- Trasplante de órgano principal: La fecha en que ocurre la cirugía.
- Cáncer metastásico: La fecha en que un médico determina que el cáncer ha hecho metástasis a otras partes del cuerpo desde el sitio original.
- Parálisis: La fecha en que un médico diagnostica a un asegurado con parálisis debido a una de las enfermedades subyacentes especificadas en este plan, cuando dicho diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por los registros médicos del asegurado.
- Quemadura severa: La fecha en que ocurre la quemadura.
- Accidente cerebrovascular: La fecha en que ocurre el accidente cerebrovascular (basado en deficiencias neurológicas documentadas y estudios de neuroimagen).
- Paro cardíaco repentino: La fecha en que falla la acción de bombeo del corazón (según la definición de paro cardíaco repentino).
- Diabetes tipo I: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene diabetes tipo I en base a hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por registros médicos.

Los niños dependientes son sus hijos naturales o los de su cónyuge, hijastros, nietos que están bajo su custodia legal y residen con usted, hijos adoptivos, niños sujetos a tutela legal, niños legalmente adoptados o niños colocados en adopción, que son menores de 26 años. Los niños recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento. La definición puede variar según el estado.

Lea atentamente su certificado para conocer los detalles.

Cónyuge es su esposa o esposo legal, incluido un cónyuge del mismo sexo legalmente reconocido, o una persona de cualquier género que tenga una relación de pareja de hecho legalmente reconocida y registrada, unión civil, relación de beneficio recíproco o relación similar con usted, que es enumerado en su solicitud. La definición puede variar según el estado. Lea atentamente su certificado para conocer los detalles.

Un médico no lo incluye a usted ni a ningún miembro de su familia. A los efectos de esta definición, miembro de la familia incluye a su cónyuge, así como a los siguientes miembros de su familia inmediata:

- Hijo
- Hija
- Madre
- Padre
- Hermana
- Hermano

Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y a los miembros de la familia política. (En Pennsylvania, no se aplica la referencia a los miembros de la familia política). En Dakota del Sur, un médico que sea su familiar puede tratarlo si ese médico:

- Es el único médico en el área; y,
- Actos dentro del ámbito de su práctica.

En Arizona y Texas, la definición anterior de médico no se aplica.

Empleado es una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y que está cubierta por el plan. El empleado es el principal asegurado bajo el plan.

Ataque cardíaco (infarto de miocardio) no incluye:

- Cualquier otra enfermedad o lesión que involucre el sistema cardiovascular.
- Paro Cardíaco no causado por un Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio).

El diagnóstico de un ataque cardíaco (infarto de miocardio) debe incluir lo siguiente:

- Hallazgos electrocardiográficos (ECG) nuevos y en serie compatibles con un ataque al corazón (infarto de miocardio), y
- Elevación de las enzimas cardíacas por encima de los niveles normales de laboratorio generalmente aceptados. (En el caso de la creatina fosfoquinasa (CPK), se debe usar una medición de CPKMB). También se pueden usar estudios de imagen confirmatorios, como gammagrafías con talio, gammagrafías MUGA o ecocardiogramas de estrés.

La insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal) está cubierta sólo en las siguientes condiciones:

- Un médico aconseja que se necesita diálisis renal regular, hemodiálisis o diálisis peritoneal (al menos una vez por semana) para tratar la insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal); o
- La insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal) da lugar a un trasplante de riñón.

Pérdida de la audición significa la pérdida total e irreversible de la audición en ambos oídos. La pérdida de la audición no incluye la pérdida de la audición que se puede corregir mediante el uso de un audífono o dispositivo. Para ser pagadero como un beneficio por accidente, la pérdida de la audición debe ser causada únicamente por un accidente cubierto o atribuirse únicamente a él.

Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida de audición debe ser causada únicamente por o atribuirse únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Síndrome de Alport
- Enfermedad autoinmune del oído interno
- Varicela
- Diabetes
- Síndrome de Goldenhar
- Enfermedad de Meniere

- Meningitis
- Paperas

Pérdida de la vista significa la pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos. Para ser pagadera como un beneficio por accidente, la pérdida de la vista debe ser causada únicamente por un accidente cubierto o atribuirse únicamente a él. Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida de la vista debe ser causada únicamente por o atribuirse únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de la retina
- Enfermedad del nervio óptico
- Hipoxia

Pérdida del habla significa la pérdida total y permanente de la capacidad de hablar. Para ser pagadera como un beneficio por accidente, la pérdida del habla debe ser causada únicamente por un accidente cubierto o atribuirse únicamente a él. Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida del habla debe ser causada únicamente por o ser atribuible únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de Alzheimer
- Malformación arteriovenosa

La terapia farmacológica de mantenimiento está destinada a disminuir el riesgo de recurrencia del cáncer; no está destinada a tratar un cáncer que todavía está presente.

No se paga un beneficio de trasplante de órgano principal si el trasplante de órgano principal resulta de una enfermedad grave cubierta por la cual se pagó un beneficio.

Parálisis o Paralizado significa la pérdida permanente, total e irreversible de la función muscular en la totalidad de al menos dos extremidades. Para ser pagadera como un beneficio por accidente, la parálisis debe ser causada únicamente por un accidente cubierto o atribuirse únicamente a él. Para ser considerada una enfermedad grave, la parálisis debe ser causada únicamente o atribuida únicamente a una o más de las siguientes enfermedades:

- Esclerosis lateral amiotrófica
- Parálisis cerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Poliomieltitis

El diagnóstico de parálisis debe estar respaldado por evidencia neurológica.

Quemadura Severa o Quemadura Severa significa una quemadura que resulta de fuego, calor, cáusticos, electricidad o radiación. La quemadura debe:

- Ser una quemadura de espesor total o de tercer grado, según lo determine un médico. Una quemadura de espesor total o quemadura de tercer grado es la destrucción de la piel en todo el espesor o profundidad de la dermis (o posiblemente en los tejidos subyacentes). Esto da como resultado pérdida de líquido y, a veces, shock.
- Provoca desfiguración cosmética en la superficie del cuerpo de al menos 35 pulgadas cuadradas.

- Ser causada únicamente por o atribuirse únicamente a un accidente cubierto.

El accidente cerebrovascular no incluye:

- Ataques isquémicos transitorios (AIT)
- Lesión craneal
- Insuficiencia cerebrovascular crónica
- Déficits neurológicos isquémicos reversibles a menos que se confirme el daño del tejido cerebral mediante imágenes neurológicas

El paro cardíaco repentino no es un ataque al corazón (infarto de miocardio). No se paga un beneficio por paro cardíaco repentino si el paro cardíaco repentino es causado por un ataque al corazón (infarto de miocardio) o contribuye a él. (En Illinois, no se aplica el texto "contribuye a").

El tratamiento no incluye terapia farmacológica de mantenimiento ni visitas de seguimiento de rutina para verificar si el cáncer o el carcinoma in situ han regresado.

La diabetes tipo I excluye la diabetes gestacional y la prediabetes.

ANEXO DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Estos beneficios se pagarán en base al valor nominal vigente en la fecha de diagnóstico de la enfermedad específica. Todas las limitaciones y exclusiones que se aplican al plan de enfermedades graves también se aplican a la cláusula adicional, a menos que la cláusula adicional las modifique.

No se pagarán beneficios por pérdidas que ocurrieron antes de la fecha de vigencia del plan.

La fecha de diagnóstico se define para cada enfermedad específica de la siguiente manera:

Hipofunción suprarrenal (enfermedad de Addison): La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene hipofunción suprarrenal y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Meningitis cerebroespinal: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene meningitis cerebroespinal y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Difteria: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene difteria en base a hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por su historial médico.

Coronavirus humano: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene coronavirus humano según los resultados de laboratorio respaldados por pruebas virales o un análisis de sangre.

Corea de Huntington: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene corea de Huntington en función de los hallazgos clínicos respaldados por su historial médico.

Enfermedad del legionario: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene la enfermedad del legionario al encontrar la bacteria Legionella en una muestra clínica tomada del asegurado.

Paludismo: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene paludismo y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Distrofia muscular: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene distrofia muscular y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Miastenia grave: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene miastenia grave y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Fascitis necrosante: La fecha en que un Médico Diagnostica que un asegurado tiene fascitis necrosante y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Osteomielitis: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene osteomielitis y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Poliomielitis: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene poliomyelitis y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Rabia: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene rabia y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Anemia de células falciformes: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene anemia de células falciformes y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Lupus sistémico: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene lupus sistémico y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Esclerosis sistémica (Esclerodermia): La fecha en que un médico diagnóstica a un asegurado con Esclerosis sistémica y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Tétanos: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene tétanos al encontrar la bacteria *Clostridium tetani* en una muestra clínica tomada del asegurado.

Tuberculosis: La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene tuberculosis al encontrar la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* en una muestra clínica tomada del asegurado.

El término Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital excluye específicamente cualquier tipo de instalación que no cumpla con la definición de Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital según se define en el plan, incluidas, entre otras, habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y las siguientes unidades de cuidados intermedios:

- Una unidad de cuidados progresivos,
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos, o
- Una unidad de cuidados intermedios.

El término Hospital excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de Hospital tal como se define en el plan, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Un asilo de ancianos,
- Un centro de cuidados prolongados,
- Un centro de enfermería especializada,
- Una casa de descanso u hogar para ancianos,
- Un centro de rehabilitación,

El coronavirus humano no incluye los siguientes coronavirus humanos: 229E, NL63, OC43 y HKU1.

La hipofunción suprarrenal no incluye la insuficiencia suprarrenal secundaria y terciaria.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEADES PROGRESIVAS

Todas las limitaciones y exclusiones que se aplican al plan de enfermedades graves también se aplican a la cláusula adicional, a menos que la cláusula adicional las modifique.

La **Fecha de Diagnóstico** se define para cada enfermedad grave especificada de la siguiente manera:

- **Esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig):** La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene ELA y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

- **Esclerosis múltiple sostenida:** La fecha en que un médico le diagnóstica esclerosis múltiple a un asegurado con y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

- **Enfermedad de Alzheimer Avanzada:** La fecha en que un médico diagnóstica al asegurado como incapacitado debido a la enfermedad de Alzheimer.

- **Enfermedad de Parkinson Avanzada:** La fecha en que un médico diagnóstica al asegurado como incapacitado debido a la enfermedad de Parkinson.

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene EPOC según los hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por registros médicos.

- **Enfermedad de Crohn:** La fecha en que un médico diagnóstica que un asegurado tiene la enfermedad de Crohn en base a hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por registros médicos.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONDICIONES DE SALUD DE LA INFANCIA

La Fecha del Diagnóstico se define de la siguiente manera:

- **Fibrosis Quística:** La fecha en que el médico Diagnóstica al hijo dependiente con Fibrosis Quística y donde dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Parálisis Cerebral:** La fecha en que el médico diagnóstica al hijo Dependiente con Parálisis Cerebral y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Labio Leporino o Paladar Hendido:** La fecha en que el médico diagnóstica al hijo Dependiente con Labio Leporino o Paladar Hendido y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Síndrome de Down:** La fecha en que el médico diagnóstica al hijo dependiente con Síndrome de Down y cuando dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanina Hidroxilasa (Fenilcetonuria, PKU):** La fecha en que el médico Diagnóstica al hijo dependiente con PKU y cuando dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Espina Bífida:** La fecha en que el médico diagnóstica al hijo dependiente con Espina Bífida y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- **Trastorno del Espectro Autista:** La fecha en que el médico diagnóstica al hijo dependiente con Trastorno del Espectro Autista y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Si un hijo dependiente tiene un Labio Leporino y un Paladar Hendido o tiene uno en cada lado de la cara, pagaremos este beneficio sólo una vez.

Un médico debe diagnosticar la enfermedad por deficiencia de fenilalanina hidroxilasa (PKU) basándose en una prueba de PKU.

Un médico debe diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista según los criterios de diagnóstico estipulados en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en el momento en que ocurre la pérdida. El diagnóstico debe incluir el especificador de nivel de gravedad del DSM para los dos dominios principales enumerados anteriormente.

Un diagnóstico de trastorno del espectro autista debe incluir más de un especificador de nivel de gravedad del DSM. No se paga ningún beneficio si el especificador del nivel de gravedad del DSM es inferior al Nivel 1.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura puede continuar bajo ciertas condiciones. Consulte el certificado para más detalles.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro puede terminar cuando el plan termine; a partir del día 31 (en Nevada, el día 60) después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; o la fecha en que usted deja de pertenecer a una clase elegible. Si su cobertura termina, proporcionaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura reemplazara cualquier póliza individual existente, tenga en cuenta que puede resultar beneficioso para usted mantener su póliza individual de renovación garantizada.

Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan sólo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.

aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands.

Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

El certificado al que pertenece este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece.

Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea detenidamente su certificado para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o comunicándose con nuestro Centro de Servicio al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, condiciones y limitaciones de la Póliza Serie C22000. En Arkansas, formulario de póliza C22100AR. En Oklahoma, formulario de póliza C22100OK. En Pennsylvania, formulario de póliza C22100PA. En Texas, formulario de póliza C22100TX. En Virginia, formulario de póliza C22100VA.

**Seguro Colectivo contra Enfermedades Graves
(PLAN-260019)**

Lamar CISD-TX

Frecuencia de deducciones:

Mensual (12 períodos de pago / año)

Empleado - Uni - Tabaco

	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000
18-29	\$8.57	\$14.29	\$20.02	\$25.74	\$31.47
30-39	\$12.06	\$21.28	\$30.50	\$39.72	\$48.94
40-49	\$20.26	\$37.68	\$55.09	\$72.51	\$89.93
50-59	\$36.49	\$70.15	\$103.80	\$137.46	\$171.11
60+	\$66.00	\$129.15	\$192.31	\$255.46	\$318.62

Cónyuge - Uni - Tabaco

	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000
18-29	\$7.93	\$13.02	\$18.11	\$23.20	\$28.29
30-39	\$11.43	\$20.01	\$28.60	\$37.19	\$45.77
40-49	\$19.62	\$36.41	\$53.19	\$69.98	\$86.76
50-59	\$35.86	\$68.88	\$101.90	\$134.92	\$167.94
60+	\$65.36	\$127.88	\$190.40	\$252.92	\$315.44

Seguro contra Accidentes

Aflac | www.aflacgroupinsurance.com | 800.433.3036

Los costos asociados con una lesión pueden acumularse. Entre las visitas al hospital, los exámenes y el tratamiento, los gastos de bolsillo pueden ponerlo en una situación económica difícil. Un plan de seguro contra accidentes le paga los beneficios directamente a usted para que pueda determinar dónde gastar el dinero. Es reconfortante saber que una póliza de seguro contra accidentes puede estar disponible en todas las etapas de su atención, desde el tratamiento inicial hasta la atención de seguimiento. La cobertura de accidentes está disponible para usted a través de deducciones de la nómina y puede proporcionar un beneficio por los costos asociados con:

- Conmociones cerebrales
- Laceraciones
- Dientes rotos
- Visitas a la sala de emergencias
- Ambulancia, terrestre o aérea
- Unidad de cuidados intensivos



Seguro Colectivo de Accidente

Al contar con Aflac de su lado, usted puede estar mejor preparado financieramente para enfrentar lo que sucede después de un accidente.



ÉSTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. EL EMPLEADOR NO OBTIENE COBERTURA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO AL COMPRAR ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO HA ELEGIDO OBTENER COBERTURA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO, EL EMPLEADOR NO OBTIENE AQUELLOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN ESTE ESTADO. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN ESTE ESTADO EN LO QUE CORRESPONDE A LOS EMPLEADORES QUE ELIGEN NO MANTENER LA COBERTURA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

Suscrita por:
Continental American Insurance Company (CAIC)

En California, la cobertura está suscrita por
Continental American Life Insurance Company.

Sólo porque un accidente puede cambiar su salud, no significa que también deba cambiar su estilo de vida.

Los accidentes pueden ocurrir en un instante, afectándole a usted o a un ser querido. Aflac está diseñado para ayudar a las familias con su planificación de cuidados médicos futuros, para que se enfoquen en recuperarse y no en la inseguridad financiera e incertidumbre que surge.

Protección para lo inesperado, ese es el beneficio que ofrece el Plan Colectivo de Accidente de Aflac.

Después de un accidente, puede que surjan gastos que nunca pensó tener. ¿Financieramente, podría afrontar dichos gastos? Es reconfortante saber que un plan de seguro contra accidentes estará disponible para usted en los momentos de necesidad para ayudarle a cubrir los gastos, tales como:

- Transporte en ambulancia
- Pruebas de Diagnóstico Principales
- Visitas a la sala de emergencias
- Quemaduras
- Cirugía y anestesia

Características del Plan

- Los beneficios son pagados a usted directamente, a menos que se asignen de otro modo.
- La cobertura tiene emisión garantizada (lo que significa que usted puede calificar para la cobertura sin tener que responder a las preguntas sobre la salud).
- Los beneficios son pagados independientemente de cualquier otro seguro médico.

Lo que necesita, cuando lo necesite.

El seguro colectivo de accidente le paga en efectivo los beneficios que puede utilizar en cualquier manera que lo considere conveniente.



	ALTO	BAJO
TRATAMIENTO INICIAL (uno por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente, no es pagadero por servicios de telemedicina) Pagadero cuando el asegurado recibe tratamiento inicial por una lesión accidental cubierta. Este beneficio es pagadero para un tratamiento inicial recibido bajo el cuidado de un médico, cuando el asegurado visita los siguientes lugares:		
Sala de emergencia de un hospital con/sin radiografías	\$400/\$300	\$350/\$250
Centro de cuidado de urgencia con/sin radiografías	\$400/\$300	\$350/\$250
Consultorio o centro médico (que no sea la sala de emergencia del hospital o de cuidado de urgencia) con radiografías/sin radiografías	\$150/\$50	\$125/\$25
AMBULANCIA (dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe transportación por un servicio profesional de ambulancia debido a una lesión accidental cubierta.	\$300 Terrestre \$2,000 Aérea	\$300 Terrestre \$1,000 Aérea
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado requiere uno de los siguientes exámenes: Tomografía Computarizada (CT/CAT scan), Imagen de Resonancia Magnética (MRI) o Electroencefalograma (EEG) debido a una lesión accidental cubierta. Estos exámenes deben realizarse en un hospital, un consultorio médico, un centro médico de diagnóstico por imágenes o en un centro quirúrgico ambulatorio.	\$250	\$200
SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado recibe sangre, plasma o plaquetas, debido a una lesión accidental cubierta.	\$400	\$150
CONMOCIÓN CEREBRAL (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado es diagnosticado por un médico con una conmoción cerebral debido a un accidente cubierto.	\$200	\$100
COMA (una vez por accidente) Pagadero cuando el asegurado se encuentra en estado de coma durante 30 días o más, como resultado de un accidente cubierto. Para los fines de este beneficio, se entiende por Coma al estado de inconsciencia profunda provocado por un accidente cubierto.	\$5,000	\$3,000
TRABAJO DENTAL DE EMERGENCIA (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando los dientes naturales del asegurado son lesionados como consecuencia de un accidente cubierto.	\$50 Extracción \$200 Reparación con una corona	\$25 Extracción \$100 Reparación con una corona
QUEMADURAS (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se quema en un accidente cubierto y es tratado por un médico. Pagaremos de acuerdo al porcentaje de la superficie del cuerpo quemado. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.		
Quemaduras de Segundo Grado		
Menos del 10%	\$75	\$50
Al menos 10% pero menos del 25%	\$150	\$100
Al menos 25% pero menos del 35%	\$375	\$250
35% o más	\$750	\$500
Quemaduras de Tercer Grado		
Menos del 10%	\$750	\$500
Al menos 10% pero menos del 25%	\$3,750	\$2,500
Al menos 25% pero menos del 35%	\$7,500	\$5,000
35% o más	\$15,000	\$10,000
LESIONES OCULARES Pagadero para las lesiones oculares si, debido a un accidente cubierto, un médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.	\$175	\$100

FRACTURAS (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se fractura un hueso debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la fractura requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por dicho hueso. Para las fracturas múltiples (más de una fractura en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio por el hueso fracturado al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una fractura astillada (una parte de hueso que se separa completamente cerca de una articulación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde al hueso afectado. Este beneficio no es pagadero para fracturas por estrés.	Hasta \$5,000 basado en un programa	Hasta \$4,000 basado en un programa
LUXACIONES (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se disloca una articulación debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la luxación requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por esa articulación. Pagaremos beneficios sólo por la primera luxación de una articulación. No pagaremos por luxaciones recurrentes de la misma articulación. Si el asegurado sufre la luxación de una articulación antes de la fecha de vigencia de su certificado y después se luxa la misma articulación nuevamente, ésta última no estará cubierta por el plan. Para las luxaciones múltiples (más de una articulación luxada en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio para la articulación luxada al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una luxación parcial (la articulación no está completamente separada, incluyendo una subluxación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde a la articulación afectada.	Hasta \$5,000 basado en un programa	Hasta \$4,000 basado en un programa
LACERACIONES (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado sufre una laceración debido a un accidente cubierto y la laceración es reparada por un médico. Para múltiples laceraciones, pagaremos un máximo de 200% del beneficio de la mayor laceración simple que necesita puntos. Las laceraciones que requieran puntos (incluyendo el adhesivo líquido para la piel):		
Menos de 15 centímetros	\$200	\$100
5-15 centímetros	\$100	\$50
Más de 5 centímetros	\$50	\$25
Laceraciones que no requieren puntos	\$25	\$12.50
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA (por día/máximo de 1 por accidente, realizada en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$450	\$350
TARIFAS DE LOS CENTROS POR CIRUGÍA AMBULATORIA (cirugía realizada en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero una vez por cada Beneficio de Cirugía Ambulatoria y Anestesia elegible (en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio).	\$50	\$25
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA (por día/realizada en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia; máximo de dos procedimientos por accidente, dentro de un año del accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en este plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$50	\$25
CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA (por día/dentro de un año posterior al accidente, máximo de 1 por accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico con hospitalización realizado por un médico. La cirugía debe ser realizada mientras el asegurado está internado en un hospital como paciente interno. Si un procedimiento quirúrgico con hospitalización está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$750	\$500
TRANSPORTE (distancia mayor a 100 millas desde la residencia del asegurado, una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero para el transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y necesita un tratamiento en un hospital o un estudio de diagnóstico recomendado por el médico, que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.	\$300 Aéreo \$150 Cualquier transporte terrestre	\$150 Aéreo \$75 Cualquier transporte terrestre

Los Procedimientos Quirúrgicos pueden incluir, pero no están limitados a, la reparación quirúrgica de: rotura de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotatorio, desgarró del cartílago de la rodilla, injertos cutáneos, reemplazo de una articulación, lesiones internas que requieren abrir el abdomen o cirugía torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario, debido a una lesión accidental.

BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR	ALTO	BAJO
APARATOS MÉDICOS (máximo de 1 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si, como consecuencia de una lesión causada por un accidente cubierto, el médico aconseja al asegurado utilizar un aparato médico que figura en la lista para facilitar la locomoción personal.		
Bastón, Tobillera	\$40	\$20
Andador, Muletas, Aparatos Ortopédicos para la Pierna, Collar Cervical, Bota Ortopédica, Silla de Ruedas, Andador de Rodilla, Corsé Torácico, Soporte Ortopédico para la Espalda	\$100	\$50
TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POR ACCIDENTE ((máximo de 2 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días del accidente) Pagadero para el tratamiento de seguimiento recetado por un médico, por lesiones sufridas en un accidente cubierto. Los tratamientos de seguimiento no incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Los procedimientos quiroprácticos o de acupuntura tampoco se consideran tratamiento de seguimiento.	\$125	\$100
UNIDAD DE REHABILITACIÓN (máximo de 15 días por hospitalización, no más de 62 días en total por año calendario por cada asegurado) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un asegurado recibe tratamiento como paciente interno en un centro de rehabilitación. Para que este beneficio sea pagadero, el asegurado debe ser transferido al centro de rehabilitación para el tratamiento, posterior a una hospitalización como paciente interno. No pagaremos el beneficio de centro de rehabilitación por los mismos días que se paga el beneficio por hospitalización. Pagaremos el beneficio más alto que califique.	\$75 por día	\$50 por día
TERAPIA (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado es sometido a un tratamiento de terapia recetado por el médico en una de las siguientes categorías: fisioterapia suministrada por un fisioterapeuta con licencia, terapia ocupacional suministrada por un terapeuta ocupacional con licencia o terapia del habla suministrada por un terapeuta del habla con licencia.	\$30	\$20
QUIROPRÁCTICA O TERAPIA ALTERNATIVA (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropráctico.	\$50	\$30

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN	ALTO	BAJO
ADMISIÓN AL HOSPITAL (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado es ingresado a un hospital y permanece internado como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta. Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, por tratamiento en sala de emergencia ni por tratamiento ambulatorio.	\$1,500 por hospitalización	\$1,000 por hospitalización
HOSPITALIZACIÓN (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en un hospital como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta. Si pagamos beneficios por hospitalización y el asegurado es internado nuevamente dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta forma parte del mismo período de hospitalización. Este beneficio es pagadero sólo por una hospitalización por vez, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta. Este beneficio no es pagadero por la hospitalización en una unidad de observación o en un centro de rehabilitación.	\$300 por día	\$225 por día
CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, debido a una lesión accidental cubierta. Pagaremos los beneficios sólo por una hospitalización por vez en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta. Si pagamos beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y el asegurado es internado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta hospitalización forma parte del mismo período de hospitalización. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.	\$300 por día	\$225 por día
ALOJAMIENTO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, un máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada noche de alojamiento en un motel/hotel/lugar de alquiler para un miembro adulto de la familia inmediata del asegurado. Para que este beneficio sea pagadero: • El asegurado debe estar internado en un hospital para tratamiento de una lesión accidental cubierta; • El hospital y el motel/hotel deben estar a más de 100 millas de la residencia del asegurado; y • El tratamiento debe ser recetado por el médico que está atendiendo al asegurado.	\$150 por día	\$100 por día
CLÁUSULA ADICIONAL DE PRUEBAS PREVENTIVAS		
BENEFICIO DE PRUEBAS PREVENTIVAS (una vez por año calendario) Pagadero para las pruebas preventivas realizadas como resultado del cuidado preventivo, incluyendo las pruebas y los procedimientos de diagnóstico solicitados con relación a los exámenes de rutina.	\$75 Primer año del certificado y en adelante	\$50 Primer año del certificado y en adelante
CLÁUSULA ADICIONAL DE ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA		
BENEFICIO POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA Pagaremos un porcentaje adicional de la cantidad pagadera del beneficio bajo el plan de Seguro Colectivo de Accidente de Aflac por lesiones accidentales cubiertas sufridas mientras participa en una actividad atlética organizada.	20%	20%

EXCLUSIONES POR ACCIDENTE INICIAL

EXCLUSIONES

Las referencias de estado dentro de este folleto se refieren al estado de su grupo y no a su estado de residencia.

Las exclusiones del plan aplican a todas las cláusulas adicionales, a menos que se indique lo contrario.

No pagaremos beneficios por lesiones accidentales, incapacidad o muerte que hayan sido contribuidos a, causados por, o como resultado de*:

- **Guerra** – participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no, o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o unidades auxiliares a las mismas, o contrataciones con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
 - En California: participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección o disturbio.
 - En Idaho: participar en cualquier guerra o acto de guerra, declarada o no, o participar o servir en las fuerzas armadas o en unidades auxiliares a la misma. Además, la guerra incluye la participación en un disturbio o en una insurrección.
 - En Illinois: se elimina la frase “guerra no incluye actos de terrorismo”.
 - En Michigan: participar de manera voluntaria en la guerra o cualquier acto de guerra. Además, la guerra incluye la participación delictiva voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
 - En North Carolina: Guerra – participar de manera voluntaria en la guerra, cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación civil en un disturbio activo. Guerra no incluye actos de terrorismo.
- **Suicidio** – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente.
 - En Montana: cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo.
 - En Illinois, Michigan y Minnesota: esta exclusión no corresponde
- **Enfermedad** – tener cualquier enfermedad o afección física/mental o proceso degenerativo. Tampoco pagaremos los beneficios por:
 - Reacciones alérgicas
 - Cualquier infección o infestación bacteriana, viral o por microorganismo, o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En Illinois: cualquier infección bacteriana, excepto una infección que resulte de una lesión accidental o una infección que resulte de la ingestión accidental, involuntaria o sin intención de una sustancia contaminada; cualquier infección o infestación viral o por microorganismo; o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En North Carolina: cualquier infestación viral o por microorganismo o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo
 - Un error, accidente o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico por cualquier enfermedad
 - Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimiento de diagnóstico por dicha enfermedad
- **Lesiones Autoinfligidas** – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
 - En Idaho: lesión autoinfligida intencionalmente.
 - En Montana: lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente, estando cuerdo
 - En Michigan: esta exclusión no corresponde
- **Carreras** – estar a bordo o conducir cualquier vehículo motorizado en una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad a capacidad profesional o semiprofesional.
 - En Idaho: esta exclusión no corresponde
- **Ocupación Ilegal** – participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.
 - En California, Nebraska y Tennessee: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave; o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.

- En Illinois y Pennsylvania: cometer o intentar cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal
- En Michigan: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o estar involucrado en una ocupación ilegal
- En Idaho y South Dakota: esta exclusión no corresponde

- **Deportes** – participar en algún deporte organizado a capacidad profesional o semiprofesional, por un sueldo o ganancia.
 - En California y Idaho: participar en algún un deporte organizado a capacidad profesional, por un sueldo o ganancia
- **Cirugía Cosmética** – someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
 - En Alaska, Massachusetts y Montana: someterse a una cirugía cosmética, otro procedimiento electivo o tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
 - En California: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario (“cirugía cosmética” no incluye la cirugía reconstructiva cuando el servicio está relacionado o se realiza después de una cirugía resultante de un accidente cubierto); o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
 - En Idaho: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto. La cirugía cosmética no deberá incluir cirugía reconstructiva debido a una Anomalia Congénita de un hijo dependiente cubierto.
- **Delito Grave** (En Idaho solamente) – participación en un delito grave
Para la Cobertura de 24 Horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones: Una lesión que surja de cualquier empleo.
Una lesión o enfermedad cubierta por la compensación laboral (worker's compensation).
En North Carolina: servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad laboral, que se paga conforme a la ley de compensación laboral de North Carolina, solo en la medida de que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, del empleador o de la compañía aseguradora de compensación laboral, de acuerdo con la determinación final en el marco de la Ley de Compensación Laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que apruebe un acuerdo de resolución conforme a la Ley de Compensación Laboral de North Carolina.
*La frase “Contribuido por” no aplica en Illinois

DEFINICIONES

Lesión Accidental significa un daño corporal accidental al asegurado que resulta de un evento traumático inesperado e imprevisible. Debe ser el resultado directo de un accidente y no el resultado de una enfermedad o una dolencia física. Una **Lesión Accidental Cubierta** es una lesión accidental que ocurre cuando la cobertura está vigente. Un **Accidente Cubierto** es un accidente ocurrido en o después de la fecha de entrada en vigencia como asegurado, mientras la cobertura esté en vigor, y que no esté específicamente excluido en el plan.

Centro de Cirugía Ambulatorio se define como un centro quirúrgico autorizado que consta de una sala de operaciones; instalaciones para administrar anestesia general; y una sala de recuperación para después de la cirugía, en el cual el paciente es ingresado y dado de alta dentro de un período de menos de 24 horas.

Hijo Dependiente o Hijos Dependientes se refiere a los hijos naturales, hijastros, nietos, suyos o de su cónyuge, quienes están bajo su custodia legal y que residen con usted, niños en custodia temporal, niños sujetos a tutela legal, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción, que son menores de 26 años (y en Louisiana, deben estar solteros). Los hijos recién nacidos podrán estar cubiertos automáticamente a partir del momento del nacimiento, durante 60 días. Los niños recién adoptados (y los niños en custodia temporal en North Carolina y Florida) podrán también estar cubiertos automáticamente durante 60 días. Lea el certificado para más detalles.

Médico es una persona debidamente calificada para practicar las artes curativas dentro del ámbito de su licencia, y tiene licencia para practicar la medicina; prescribir y administrar medicamentos; o para realizar operaciones quirúrgicas, o es un médico debidamente calificado, de acuerdo con las leyes y reglamentos en el estado en el que se realiza el tratamiento.

En Montana, para los fines del tratamiento, el asegurado puede elegir libremente cualquier médico acreditado, asistente médico, dentista, osteópata, quiropráctico, optometrista, podólogo, psicólogo, trabajador social acreditado, asesor profesional acreditado, acupunturista, médico naturópata, fisioterapeuta, patólogo del habla, audiólogo, consejero sobre adicciones acreditado o enfermero registrado con práctica avanzada.

Un Médico no incluye al asegurado ni a un miembro de la familia del asegurado. Sin embargo, en South Dakota, un médico que es miembro de la familia del empleado podrá tratar al asegurado si dicho médico es el único en

el área y se desempeña en el ámbito de su práctica. Para los fines de esta definición, un miembro de la familia incluye al cónyuge del empleado, así como también a los siguientes miembros de la familia inmediata del empleado: hijo, hija, madre, padre, hermana y hermano. Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y los miembros de la familia política. El término **Hospital** excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de hospital, según se define en este plan, incluyendo, entre otros:

- Un hogar de ancianos,
- Un centro de atención prolongada,
- Un centro de enfermería especializada,
- Una casa de reposo o residencia de ancianos,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro de tratamiento para alcohólicos o drogadictos, o
- Un centro de vida asistida.

Cónyuge es su esposa legal, esposo legal o pareja en una unión reconocida legalmente. Consulte su certificado para detalles.

Servicio de Telemedicina significa una consulta médica a un médico mediante comunicación por audio o video que asiste en la evaluación, diagnóstico y consulta de un paciente. **Tratamiento** se refiere a la consulta, cuidado o servicios proporcionados por un médico. Esto incluye recibir cualquier medida de diagnóstico y tomar fármacos y medicamentos recetados. El tratamiento no incluye los servicios de telemedicina.

Cuidado de Urgencia es una clínica sin cita previa que presta cuidado ambulatorio en un centro médico especializado para enfermedades o lesiones que requieren cuidado inmediato pero que no son lo suficientemente graves para necesitar una visita a una sala de emergencia.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital es el lugar que cumple todos los siguientes criterios:

- Es un área específicamente designada del hospital, denominada unidad de cuidados intensivos en un hospital;
- Provee el nivel más alto de cuidado médico;
- Está restringida a pacientes que están gravemente enfermos o lesionados y que requieren observación y cuidado integral e intensivo;
- Está separada y alejada de la sala de recuperación quirúrgica
- y de las habitaciones, camas y salas reservadas usualmente para hospitalización de pacientes;
- Está equipada de manera permanente con equipo especial para salvar vidas para el cuidado de quienes están gravemente enfermos o lesionados;
- Está bajo la observación minuciosa por el personal de enfermería especialmente entrenado, asignado exclusivamente a la unidad de cuidados intensivos en un hospital, las 24 horas del día; y
- Cuenta con un médico asignado a tiempo completo a la unidad de cuidados intensivos en un hospital.

El término **Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital** excluye específicamente cualquier tipo de instalación que no satisfaga la definición de unidad de cuidados intensivos en un hospital de este plan, incluidas, entre otros, las habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y unidades intermedias:

- Una unidad de cuidados progresivos;
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos; o
- Una unidad de cuidados intermedios.

Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios significa cualquiera de las siguientes:

- Una unidad de cuidados progresivos;
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos;
- Una unidad de cuidados intermedios; o
- Una unidad de cuidados pre o posintensivos.

Una unidad de cuidados intensivos intermedios no es una unidad de cuidados intensivos en un hospital según se define en este plan.

BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR

Psiquiatra es un doctor en medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales.

Psicólogo es un profesional de la salud mental y clínica que trabaja con pacientes. Un psicólogo no es un doctor en medicina, que brinda normalmente intervenciones médicas y terapias de medicamento, sino que proporciona análisis y orientación.

Centro de Rehabilitación es una unidad o centro que brinda servicios multidisciplinarios coordinados para restauración física. Estos servicios deben brindarse a pacientes internos bajo la dirección de un médico. El médico debe contar con conocimiento y experiencia en medicina de rehabilitación. Las camas deben ubicarse en una unidad o centro específicamente designadas y con el personal adecuado para este servicio. No es un centro para el tratamiento del alcoholismo o la adicción a las drogas.

CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA EXCLUSIONES

El Beneficio por Actividades Atléticas Organizadas no es pagadero por lesiones accidentales que han sido causadas por o que ocurran como consecuencia de la participación de un asegurado en cualquier deporte o actividad deportiva por un sueldo, compensación o ganancia, incluyendo dirigir, entrenar, o conducir cualquier tipo de vehículo en un evento organizado (en Idaho, a capacidad profesional).

Este beneficio tampoco es pagadero por lesiones accidentales que ocurren durante o que se deban a clases de educación física (excepto en Idaho).

DEFINICIÓN

Actividad Atlética Organizada significa una competencia atlética o una práctica organizada supervisada para una competencia atlética. Las Actividades Atléticas Organizadas se llevan a cabo con regularidad basándose en una programación fija, a menudo durante una temporada predeterminada. La competencia debe regirse por un conjunto de reglas escritas y arbitrada por alguien certificado para ejercer a ese nivel. La competencia también debe ser supervisada por una entidad jurídica como un sistema escolar público o una liga deportiva. La entidad jurídica debe tener un conjunto de estatutos y la competencia se debe llevar a cabo en una superficie de juego regulada. La participación debe ser a nivel de aficionado.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura podría continuar bajo ciertas condiciones. Lea el certificado para más detalles.

TERMINACIÓN DE COBERTURA

Su seguro puede terminar cuando el plan termine; a partir del día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; o la fecha en que deja de pertenecer a una clase en la que califica. Si su cobertura termina, proporcionaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras la cobertura estaba en vigor. Lea el certificado para obtener más detalles.

Si esta cobertura reemplazara alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que tal vez, lo más conveniente para usted sea mantener su póliza individual de renovación garantizada.

Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan sólo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima, según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. afacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands. Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina El certificado al que pertenece este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece. Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o comunicándose con nuestro Centro de Servicios al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones de la Póliza Serie C70000. En Arkansas, C70100AR. En Idaho, C70100ID. En Oklahoma, C70100OK. En Oregon, C70100OR. En Pennsylvania, C70100PA. En Texas, C70100TX. En Virginia, C70100VA.

Presentación de Plan Colectivo (GP-40470)

Plan Colectivo de Accidente (PLAN-259392)

Lamar CISD-TX

Plan Alto

Frecuencia de deducciones

Mensual (12 períodos de pago / año)

Empleado

\$16.97

Empleado y Cónyuge Dependiente

\$28.59

Empleado e Hijo(s) Dependiente(s)

\$36.97

Familia

\$48.59

Presentación de Plan Colectivo (GP-40470)

Plan Colectivo de Accidente (PLAN-259393)

Lamar CISD-TX

Plan Bajo

Frecuencia de deducciones

Mensual (12 periodos de pago / año)

Empleado

\$13.39

Empleado y Cónyuge Dependiente

\$22.99

Empleado e Hijo(s) Dependiente(s)

\$27.08

Familia

\$36.68

Transporte Médico

MASA | www.masamts.com | 954.334.8261

Los estadounidenses de hoy sufren de una falsa sensación de seguridad de que su cobertura médica pagará todos los costos asociados con el transporte de emergencia o cuidados intensivos. La realidad es que la mayoría de los estadounidenses sólo están parcialmente cubiertos por estos altos costos.

La mayoría de los planes médicos sólo pagarán una parte de los costos, dejándolo con el resto de la factura. También existe la posibilidad de que su proveedor médico niegue su reclamación por completo, lo que significa que usted sería responsable de pagar toda la factura.

Con la protección de transporte médico, tendrá cero gastos de bolsillo para cualquier transporte médico aéreo o terrestre de emergencia desde cualquier lugar de los Estados Unidos, independientemente de quién lo transporte. Recibirá soluciones de transporte de emergencia médica para ayudarle a cubrir los costos de transporte médico de su bolsillo cuando su seguro se quede corto.





Esté preparado con MASA[®] AccessSM

Cobertura y atención integral del
transporte de emergencia.

Nuestro plan de membresía Emergent Plus incluye:

Cobertura de ambulancia terrestre de emergencia¹

Sus gastos de bolsillo para su transporte terrestre de emergencia a un centro médico están cubiertos con MASA.

Cobertura de ambulancia aérea de emergencia¹

Sus gastos de bolsillo para su transporte aéreo de emergencia a un centro médico están cubiertos con MASA.

Cobertura de ambulancia de hospital a hospital¹

Cuando se necesita atención especializada pero no está disponible en el centro de emergencia inicial, sus gastos de bolsillo para el traslado en ambulancia terrestre o aérea al centro médico apropiado más cercano están cubiertos por MASA.

Cobertura de repatriación cerca de casa¹

Si necesita atención continua y su proveedor de atención ha aprobado su traslado a un hospital más cercano a su casa, MASA coordina y cubre los gastos de transporte en ambulancia al centro médico aprobado.

Territorios de cobertura

1: Solo Estados Unidos y Canadá.

Descargos de responsabilidad

Este material tiene fines informativos únicamente y no da ninguna cobertura. Los beneficios listados y sus descripciones no garantizan la cobertura y no representan los términos y condiciones completos aplicables para el uso y es posible que solo se ofrezcan en algunas membresías o pólizas. Las primas, los beneficios y la cobertura varían según el plan seleccionado. Para obtener una lista completa de beneficios, primas, términos, condiciones y restricciones, consulte el acuerdo o la política de servicios para miembros correspondiente a su estado. Para obtener información adicional y revelaciones sobre los planes MASA MTS, visite: <https://info.masamts.com/masa-mts-disclaimers>.

¿Sabía usted...?

51.3 millones

de respuestas de emergencia
ocurren cada año

MASA protege a las familias contra costos no cubiertos por transporte de emergencia y da conexiones con servicios de atención.

Fuente: NEMSIS, National EMS Data Report, 2023

Sobre MASA

MASA es cobertura y atención con la que puede contar para protegerlo de lo inesperado. Con nosotros, no hay una ambulancia "fuera de la red." Simplemente envíenos la factura cuando llegue y trabajaremos para garantizar que los cargos estén cubiertos. Además, estaremos allí para ayudarlo más allá de su viaje inicial, con servicios de coordinación expertos de guardia para gestionar necesidades de transporte complejas durante o después de su emergencia, como trasladarlo a usted y a sus seres queridos a casa de manera segura.

Protéjase a usted, a su familia y al futuro financiero de su familia con MASA.

The reality of emergency transportation in the U.S.

With the cost of transportation increasing and access to emergency care decreasing, employers and employees are feeling the impact.

Cost



\$69K

average cost for air ambulance ¹



\$2K

average cost for ground ambulance ¹



+35%

billed cost increase over past 5 years, while utilization has remained flat ²

Did you know?

All EMS bills include codes for mileage and ride severity. But bills can expand with **24+ additional codes** for things like: ³



Life support services



Disposable supplies



IVs and more

Access



100+

hospitals have closed in the last 5 years, even as the need for care increased during the pandemic ³



1 in 8

hospitals are currently at risk of closing ³



Ride time

increases as hospitals close, and facility proximity moves farther away from home ³

Impact



1 in 15

U.S. families require an ambulance each year ²



1 in 3

caregiving families require an ambulance each year ²



65+

cohort increases dramatically over next few years, leading to increase in cost and utilization, too ²

Did you know?

An ambulance ride occurs once for every 7 pairs of eyeglasses or contacts worn.



 **Interested in learning more?**

Reach out to your MASA Sales Director.

Sources:

1. MASA claims data compiled in Jan. 2024

2. Milliman data compiled Dec. 2023

3. Cherrystone Hill Consulting, 2024

© 2024 MASA Global

About MASA

Founded in 1974, MASA® continues to expand on its mission to connect members with care. As an organization with 17 international locations and coverage that extends to the U.S. as well as worldwide, MASA serves 2 million+ members with emergency and non-emergency transportation benefits and so much more.

masaaccess.com

How to use your MASA benefits

Transportation coordination services

Access transport services for the following benefits:

- Repatriation Near Home Coverage
- Child, Pet, and Vehicle Return Coverages
- Companion Transportation Coverage
- Hospital Visitor Transportation Coverage
- Patient Return Transportation Coverage
- Sick While Away from Home Expense Protection
- Organ Retrieval & Organ Recipient Transport Coverage
- Mortal Remains Transportation Coverage



When to access:

During or immediately following your emergency care treatment.



How to access:

Call 800-643-9023.

The MASA Transport Team is available 24/7/365 to assist you and will begin making the necessary arrangements, including working with your medical team.

Note: If you are traveling out of the U.S., please submit your dates of travel through the member portal or to travel@masaglobal.com.



View your benefits online at: masaaccess.com/member or through the MASA app.

Claims

Benefits that you submit claims for include:

- Emergency Ground Ambulance Coverage
- Emergency Air Ambulance Coverage
- Hospital to Hospital Ambulance Coverage
- Post-Admission Continued Care Transportation Coverage



When to file your claim:

When you receive the ambulance bill.

Note: Be sure to file within 180 days of the transport.



How to file your claim:

Online: masaaccess.com/member

Email: ambulanceclaims@masaglobal.com

Fax: (877) 681-2399

Mail: MASA Global / ATTN: Claims

1250 S. Pine Island Road, Suite 500

Plantation, FL 33324

Include your member number

Note: To process your claim, in addition to the invoice we may require your health insurance claim form (HICFA) and explanation of benefits (EOB), the ambulance run notes, and the ambulance provider's W9. MASA claim specialists will advise you on how to obtain these.



Check the status of your claim at: masaaccess.com/member, through the MASA app, or call (800) 643-9023.

MASA connections



Member services: (800) 643-9023



Member site: masaaccess.com/member



MASA app



Planes Voluntarios de Jubilación



TCG Services | www.tcgservices.com | 800.943.9179

Plan de Jubilación 403(b)

Las investigaciones muestran que los estadounidenses están viviendo mucho más allá de los años de jubilación. ¿Está ahorrando lo suficiente para poder disfrutar de esos años? Un plan 403(b) puede ayudarle a lograrlo.

Se trata de un plan de jubilación aprobado por el IRS que le permite reservar dinero antes de impuestos para su jubilación. Las contribuciones se realizan convenientemente a través de la deducción de nómina, por lo que el dinero se transfiere de su cheque de pago a la cuenta automáticamente. Además, su empleador puede incluso igualar sus contribuciones según cuánto invierta en el plan. ¡Ahora es el momento de aprovechar al máximo esta oportunidad para maximizar sus ahorros para la jubilación!

Plan de Jubilación 457(b)

El plan 457(b) es un plan de ahorro para la jubilación voluntario patrocinado por el empleador que le permite ahorrar dinero para la jubilación sobre la base de impuestos diferidos o la cuenta ROTH. Una diferencia importante entre el 457(b) y el 403(b) es que las distribuciones nunca están sujetas al impuesto del 10 por ciento por retiro anticipado.

Límites de contribución	
2024	2025
\$23,000	\$23,500

Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden aportar \$7,500 adicionales.

Toda inversión implica riesgo. El rendimiento pasado no es garantía de rendimientos futuros.

Planes de Jubilación 403(b)

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com |
800-523-8422, option 2 | retirement@ffga.com

El 403(b) puede ser una excelente manera de ahorrar dinero para la jubilación. Puede servir como complemento de un plan de pensión tradicional u otro(s) plan(es) de jubilación, o como un plan independiente. El 403(b) es un plan de jubilación con impuestos diferidos disponible para empleados de instituciones educativas y ciertas organizaciones sin fines de lucro según lo determina la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas. Las contribuciones y ganancias de inversiones en un 403(b) crecen con impuestos diferidos hasta el retiro (se supone que es la jubilación), momento en el cual se gravan como ingresos ordinarios. El 403(b) lleva el nombre de la sección del código del IRS que lo rige.

Cómo funciona un 403(b)

Los empleados se inscriben y participan a través de su empleador. Las contribuciones a un 403(b) se realizan antes de impuestos a través de un Acuerdo de Reducción Salarial. Este es un acuerdo en el que el empleado participante acepta una reducción de salario. El monto por el cual se reduce el salario se destina a inversiones ofrecidas a través del empleador y seleccionadas por el empleado. Estas contribuciones se denominan aplazamientos electivos y están excluidas de la renta imponible del empleado. Las contribuciones crecen con impuestos diferidos hasta el momento de la jubilación, cuando los retiros se gravan como ingresos ordinarios.

Ventajas

- Crecimiento con impuestos diferidos: sin impuestos anuales sobre las ganancias
- Opciones de inversión: anualidades fijas, anualidades variables o fondos mutuos
- Tasas de interés competitivas
- Flexibilidad: comience, suspenda y ajuste sus contribuciones según lo permita el plan de su empleador
- Reciba extractos de cuenta periódicos

Límites de contribución	
2024	2025
\$23,000	\$23,500
Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden aportar \$7,500 adicionales.	

Toda inversión implica riesgo. El rendimiento pasado no es garantía de rendimientos futuros.

Planes de Jubilación 457(b)



First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com |
800-523-8422, option 2 | retirement@ffga.com

Un plan 457(b) es un Plan de Jubilación con Impuestos Diferidos disponible para empleados de agencias gubernamentales estatales y locales, incluidos los empleados de escuelas públicas. Son similares a los planes 401(k) porque le permiten colocar un porcentaje de su salario en un plan patrocinado por el empleador que le ayuda a ahorrar para la jubilación. No tendrá que pagar impuestos sobre lo que aporte o sus ganancias realizadas hasta que retire el dinero.

Ventajas

- Investment options: fixed annuities, variable annuities, or mutual funds
- Flexibility: start, stop, and adjust your contributions as allowed by your employer's plan
- Receive periodic account statements
- No 10% federal penalty on interest or earnings for early withdrawal
- No current federal income taxes on the money you put into the plan until it is time to take withdrawals

Límites de contribución	
2024	2025
\$23,000	\$23,500

Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden aportar \$7,500 adicionales.

Toda inversión implica riesgo. El rendimiento pasado no es garantía de rendimientos futuros.



FFinvest PLAN DE JUBILACIÓN 457 (B)

El Plan de Jubilación de FFinvest es un plan integral, financiado por Fondos Mutuos de Valor Liquidativo. Se trata de un plan competitivo y simple, pero flexible, con un enfoque tipo 401(k).

PUNTOS DESTACADOS DEL PLAN

Múltiples opciones de inversión

- El plan ofrece más de 30 opciones de inversión diferentes, para ahorradores e inversores de todas las tolerancias al riesgo.

Opción ROTH (después de impuestos)

Disponibilidad de préstamo (sujeto a saldo)

Reinversiones/Transferencias

- Se aceptan reinversiones y transferencias en el plan desde otros planes de jubilación.

Sin cargos por ventas iniciales o diferidos

INSCRÍBASE EN LÍNEA

Vaya a www.tcgservices.com

- Haga clic en "Enroll" (Inscribirse) (esquina superior derecha)
- Busque su empleador
- Haga clic en "Enroll in the 457(b) Savings Plan"

Si tiene preguntas, comuníquese con TCG Administrators al (800) 943-9179 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

ACCESO EN LÍNEA 24/7/365 UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB O MÓVIL

Vasto Centro de Aprendizaje ubicado en
www.tcgservices.com

- Videoteca
- Resumen de la jubilación y análisis del mercado
- Calculadoras financieras



Servicio de su Representante de Cuenta FFGA
Dirección de correo electrónico dedicada:
Dedicated email address: FFinvest@ffga.com

Programa de Asistencia al Empleado

SupportLinc | www.supportlinc.com | 800.475.3327

La vida nos empuja en muchas direcciones diferentes. Entre los niños, las relaciones personales, las actividades extracurriculares y el tiempo en familia, parece que no tenemos suficiente tiempo en el día para encajarlo todo. Cuando se sienta estresado por la vida, llame a la línea de asistencia al empleado proporcionada por su empleador. Ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a profesionales que pueden ayudarle a enfrentar con éxito los problemas emocionales.

Un programa de asistencia al empleado, o EAP por sus siglas en inglés, es un programa voluntario y gratuito que ofrece su empleador. Con una llamada telefónica, tendrá acceso a asesoramiento a corto plazo y evaluaciones confidenciales cada vez que tenga un problema personal o laboral.

Los programas de asistencia al empleado abordan una amplia gama de problemas, incluido el bienestar mental y emocional, el abuso de sustancias y el dolor. Los asesores cumplen con los más altos estándares éticos y están capacitados para mantener la confidencialidad de su situación. Trabajan con usted para determinar la mejor manera de abordar sus necesidades y orientarlo en una dirección positiva.

**Lamar CISD has a dedicated line for mental health you can reach out to 24/7
832-223-HOPE(4673)**



Recursos de bienestar emocional y conciliación de la vida laboral y familiar para que usted esté en su mejor momento

SupportLinc ofrece orientación experta para ayudarle a usted y a su familia a abordar y resolver problemas cotidianos.



Soporte en el momento

Comuníquese con un médico autorizado por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para obtener asistencia inmediata.



Pericia financiera

Consulta y planificación con un asesor financiero.



Consulta legal

Por teléfono o en persona con un abogado local.



Asesoramiento a corto plazo

Acceda a un máximo de **cinco (5) sesiones de asesoramiento** sin costo, en persona o por vídeo, para resolver el estrés, la depresión, la ansiedad, las presiones relacionadas con el trabajo, los problemas de relación o el abuso de sustancias.



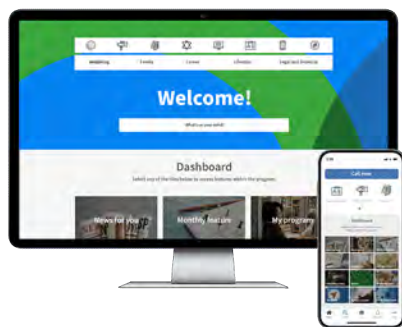
Recursos de conveniencia

Derivaciones para cuidado de niños y ancianos, reparación de viviendas, necesidades de vivienda, educación, cuidado de mascotas y mucho más.



Confidencialidad

Los estrictos estándares de confidencialidad garantizan que nadie sepa que usted ha accedido al programa sin su permiso por escrito, excepto cuando lo exija la ley.



Su portal web y aplicación móvil

- La ventanilla única para servicios del programa, información y más.
- Descubra la capacitación bajo demanda para impulsar el bienestar y la conciliación de la vida laboral y familiar.
- Encuentre motores de búsqueda, calculadoras financieras y recursos profesionales.
- Explore miles de artículos, hojas de consejos, autoevaluaciones y vídeos.

Soporte conveniente sobre la marcha

- **Textcoach®**
Orientación personalizada con un consejero autorizado en dispositivos móviles o de escritorio
- **Animo**
Recursos autoguiados para mejorar la concentración, el bienestar y la aptitud emocional.
- **Virtual Support Connect**
Sesiones de apoyo grupal moderadas en una plataforma anónima basada en chat.



Comience con el Navegador

¡Elimine las conjeturas sobre su aptitud emocional! Visite su portal web o aplicación móvil para completar la breve encuesta del Navegador de Salud Mental. Recibirá inmediatamente orientación personalizada para acceder a soporte y recursos.



¡Descargue la aplicación móvil hoy mismo!



1-800-475-3327

supportlinc.com

código de grupo:

lamarcisd

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 800.607.3366

Las estadías en el hospital son costosas. Si usted o un miembro de su familia se encuentran en el hospital debido a un accidente o una enfermedad repentina, es posible que tengan dificultades económicas, incluso si tienen un buen plan médico. Con un plan de indemnización hospitalaria, puede estar seguro de que esos gastos adicionales no serán una carga financiera.

A diferencia de los planes médicos, no hay deducibles por cumplir con un plan de indemnización hospitalaria. Tan pronto como incurra en un evento calificado, puede presentar una reclamación y comenzar a recibir beneficios.

El plan paga un beneficio de suma global en una cantidad establecida previamente. El dinero se puede utilizar para gastos médicos, deducibles de seguros, comestibles, transporte, cuidado de niños – ¡usted decide!

Hospital Indemnity Monthly Rates		
	Low Plan	High Plan
Employee Only	\$12.39	\$24.53
Employee + Spouse	\$24.77	\$49.05
Employee + Children	\$22.29	\$44.15
Employee + Family	\$34.68	\$68.68





Menos estrés

Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. De cualquier manera, puede prepararse para contar con una protección financiera adicional.

¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria?

Con este plan, se pagan beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista debido a una enfermedad, lesión, cirugía o parto. Se paga un beneficio en una suma única por el ingreso y un beneficio diario por la internación cubierta en el hospital. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una internación en el hospital.

Con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.509.2 (02/21)

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si lo ingresan en un hospital y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



Es algo que sucede...

En 2020, se gastaron **\$1.24 billones** en servicios hospitalarios. El **60% al 65%** de todas las quiebras están relacionadas con gastos médicos.¹



Preparado... o no

Carter* trabaja mucho, por lo que no siempre baja el ritmo para prestar atención a las señales del cuerpo. Sin darse cuenta, un poco de tos se convirtió en neumonía, y terminó internado.

Afortunadamente, contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. Presentó su reclamo, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Ese dinero lo ayudó a compensar el tiempo que no trabajó durante su recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora puede enfocarse más en su salud.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹ Debt.org. Hospital and Surgery Costs (Costos de cirugía y hospital). Octubre de 2021.

Disponible en: <https://www.debt.org/medical/hospital-surgery-costs/>. Consultado el 3 de junio de 2022.

* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por internación en el hospital. Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Misuri y Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.



Resumen de Beneficios

Lamar Consolidated Independent School District
803204

Indemnización hospitalaria de Aetna

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Aquí hay un ejemplo de cómo el plan puede ayudarlo:



Tiene un evento inesperado y debe ir al hospital.

Es internado en el hospital y pasa dos días allí.

Usted presenta su reclamo de hospital a Aetna.

Aetna paga los beneficios directamente a usted. .

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones son por cada persona cubierta.

El Plan de Indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por confinamiento en el hospital con otros beneficios de indemnización fijos. ESTES PLANES NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYEN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes proporcionan beneficios limitados; estos beneficios pagan los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Estos pagos por beneficios no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que las facturas del proveedor se salden. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible en www.medicare.gov. **Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.**

Esta póliza, en sí, no cumple con las normas de Cobertura mínima comprobable de Massachusetts.

Beneficios de paciente hospitalizado	Bajo	Alto
Admisión hospitalaria: admisión Paga el beneficio de una suma global por el día inicial de su admisión en un centro médico designado por el empleador. No Estadías máximas por año del plan; separados por 30 días seguidos	\$1,000	\$2,000
Estadía hospitalaria: diario Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación que no sea de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan	\$100	\$200
Estadía hospitalaria: diario (UCI) Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan	\$200	\$400
Cuidado rutinario del recién nacido Paga un beneficio de suma global después del nacimiento de su recién nacido. Esto no pagaría por un nacimiento ambulatorio.	\$100	\$200
Unidad de observación Proporciona un beneficio de suma global por el primer día de su estadía en una unidad de observación como resultado de una enfermedad o lesión accidental. Máximo de 1 día por año del plan	\$100	\$200
Estadía por abuso de sustancias: diario Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de abuso de sustancias tóxicas. Máximo de 30 días por año del plan	\$100	\$200
Estadía por trastorno mental: diario Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de trastornos mentales. Máximo de 30 días por año del plan	\$100	\$200
Estadía en una unidad de rehabilitación: diario Paga un beneficio cada día de su estadía en una unidad de rehabilitación inmediatamente después de su estadía hospitalaria debido a una enfermedad o lesión accidental. Máximo de 30 días por año del plan	\$50	\$100
Nota importante: Todas las estadías para pacientes hospitalizados cuentan para el máximo del año del plan.		

Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Renuncia de la prima

Si su estadía en un hospital dura más de 30 días consecutivos, vamos a renunciar a la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que se produce después del día 30 de su estadía, durante los próximos 6 meses de cobertura. Durante esta estadía, usted debe permanecer empleado con el asegurado.

Exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza actual y el folleto certificado para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente, es una lista parcial de servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. No obstante, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido. No se pagarán beneficios por ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, incluyendo, pero sin limitación: montar en globo, salto bungee, paracaidismo, salto libre
2. Cualquier concurso atlético competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficiar o entrenar, para el cual usted recibe pago
3. Acto de guerra, motín, guerra
4. Dirigiendo, aprendiendo a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, motorizada o no
5. Asalto, delito, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado prestado por un cónyuge, padre o madre, hijo, hermano o cualquier otro integrante del hogar;
7. Servicios estéticos y cirugía plástica con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia
9. Servicios paliativos, salvo lo dispuesto específicamente en los beneficios bajo la sección de su plan del certificado
10. Daño propio, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso del dispositivo celular del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo de motor
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o de sus territorios;
13. Servicios de educación, formación o volver a entrenar o pruebas
14. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier intoxicante de drogas;
15. Exámenes excepto como se proporcionan específicamente en los Beneficios bajo la sección de su plan del certificado
16. Cuidado y tratamiento dental y de ortodoncia
17. Servicios de planificación familiar
18. Cualquier cuidado, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad
19. Suplementos nutricionales, incluyendo sin limitaciones: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas
20. Rehabilitación cognitiva ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla por cualquier motivo
21. Cuidado relacionado con la visión

Preguntas frecuentes sobre los planes de indemnización hospitalaria

¿Tengo que estar activamente en el trabajo para inscribirme en la cobertura?

Sí, debe estar activamente en el trabajo a fin de inscribirse y para que la cobertura esté en vigor. Usted está activamente en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para ser elegible para inscribirse.

¿Puedo inscribirme en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna aunque tenga una Cuenta de ahorros médica (en inglés. HSA)?

Sí, aún puede inscribirse en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de ahorros médicos.

¿Qué se considera una estadía de hospital?

Una estadía es un período durante el cual usted es admitido como paciente hospitalizado; y está confinado en un hospital, un centro médico residencial no hospitalario, centro médico de rehabilitación; y se cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades de custodia o personales que no requieren habilidades médicas o capacitación. Una estadía excluye específicamente el tiempo en el hospital para observación o en la sala de emergencias a menos que esto conduzca a una estadía en el hospital.

¿Si pierdo mi empleo, ¿me puedo llevar el Plan de Indemnización hospitalaria conmigo?

Si usted pierde su empleo, puede continuar la cobertura bajo la disposición de Portabilidad. Usted tendrá que pagar las primas directamente a Aetna.

¿Cómo presento un reclamo?

Ingresa a myaetnasupplemental.com y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?

Llámenos. Queremos que entienda estos beneficios antes de decidir a inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios al cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al número sin cargo **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder preguntas antes y después de inscribirse.

Información importante acerca de sus beneficios

PARA QUE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA SEAN PAGADEROS, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBEN SER POSTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

Quejas y apelaciones

Díganos si usted no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que hacemos negocios. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja verbal o para pedir la dirección de correo postal para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios al Miembro a través del sitio de Internet seguro del miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si usted no está de acuerdo con una denegación de reclamo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamo fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud. La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican a usted.

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la administración de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés).

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones de mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica.

Dichas partes están obligados a mantener su información privada como lo requiere la ley. Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información son: pagar los reclamos, tomar decisiones acerca de lo que el plan cubre, coordinación de los pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o falta de su información personal, usted puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-800-607-3366 and an Aetna representative will connect you with an interpreter. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame al Servicios al Miembro a 1-800-607-3366, y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marcar 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio de Internet del Conector en **(www.mahealthconnector.org)**. ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., la cobertura es considerada inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar para atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en **http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx**.

Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Este material es solo para fines informativos y no constituye una oferta ni invitación de contrato. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios. Para más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

Los formularios de Póliza de Indemnización hospitalaria emitidos en Idaho, Oklahoma y Missouri incluyen: AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01





Lea el siguiente aviso para los miembros del plan Aetna Supplemental Health que residen en el estado de Nuevo México.

AVISO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

La cobertura que se brinda con su póliza o plan de beneficios asegurado por Aetna Life Insurance Company es limitada y posiblemente no ofrezca protección financiera para afrontar los grandes costos que podría tener por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19 (coronavirus).

Si no tiene una cobertura médica principal integral, además de la póliza o plan emitido por nuestra compañía, es posible que deba realizar grandes gastos médicos que no están incluidos en el seguro por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por la COVID-19.

Los planes médicos principales ofrecen sólidas protecciones al consumidor y no pueden cobrar deducibles, copagos ni otros costos compartidos por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19. Su póliza o plan no es un plan médico principal y no ofrece dichas protecciones.

Si no tiene cobertura médica principal, puede hacer lo siguiente:

1. Comuníquese con su agente o representante de seguros con licencia para averiguar qué cobertura médica principal está disponible.
2. Para saber si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial para obtener cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con la línea gratuita de beWellnm, al **1-833-862-3935**.
3. Para saber si cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid y para completar una solicitud, comuníquese con la línea directa gratuita de ampliación de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos, al **1-855-637-6574**, o visite **<https://www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index>**.
4. Para saber si cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo, comuníquese con el programa New Mexico Medical Insurance Pool ("High Risk Pool"), al **1-844-728-7896**, o visite **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y le diagnosticaron COVID-19, cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo.

En los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Nuevo México hay mucha información sobre la COVID-19. Visite **<https://www.cdc.gov/>** o **<http://cv.nmhealth.org/>**.

Las personas que tienen los síntomas de COVID-19 deben comunicarse de inmediato con el Departamento de Salud de Nuevo México, al **1-855-600-3453**.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682（フリーダイヤル）までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)



HOJA DE TARIFAS

Las tarifas que se muestran se basan en deducciones mensual. Sus deducciones de nómina se tomarán después de impuestos.



Plan de Indemnización hospitalaria

Usted puede inscribirse en una sola opción

<u>Bajo</u>	<u>Costo</u>	<u>Alto</u>	<u>Costo</u>
Sólo para usted	\$12.39	Sólo para usted	\$24.53
Usted mismo y su cónyuge	\$24.77	Usted mismo y su cónyuge	\$49.05
Usted mismo más niño(s)	\$22.29	Usted mismo más niño(s)	\$44.15
Usted y su familia	\$34.68	Usted y su familia	\$68.68

ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud suplementarios proporcionan beneficios limitados. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta o invitación a contratar. Se cree que la información es precisa a partir de la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte www.aetna.com.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras: si la cobertura provista por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE. UU., la cobertura se considerará inmediatamente inválida. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar por atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen: AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.





Lea el siguiente aviso para los miembros del plan Aetna Supplemental Health que residen en el estado de Nuevo México.

AVISO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

La cobertura que se brinda con su póliza o plan de beneficios asegurado por Aetna Life Insurance Company es limitada y posiblemente no ofrezca protección financiera para afrontar los grandes costos que podría tener por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19 (coronavirus).

Si no tiene una cobertura médica principal integral, además de la póliza o plan emitido por nuestra compañía, es posible que deba realizar grandes gastos médicos que no están incluidos en el seguro por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por la COVID-19.

Los planes médicos principales ofrecen sólidas protecciones al consumidor y no pueden cobrar deducibles, copagos ni otros costos compartidos por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19. Su póliza o plan no es un plan médico principal y no ofrece dichas protecciones.

Si no tiene cobertura médica principal, puede hacer lo siguiente:

1. Comuníquese con su agente o representante de seguros con licencia para averiguar qué cobertura médica principal está disponible.
2. Para saber si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial para obtener cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con la línea gratuita de beWellnm, al **1-833-862-3935**.
3. Para saber si cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid y para completar una solicitud, comuníquese con la línea directa gratuita de ampliación de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos, al **1-855-637-6574**, o visite **<https://www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index>**.
4. Para saber si cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo, comuníquese con el programa New Mexico Medical Insurance Pool ("High Risk Pool"), al **1-844-728-7896**, o visite **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y le diagnosticaron COVID-19, cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo.

En los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Nuevo México hay mucha información sobre la COVID-19. Visite **<https://www.cdc.gov/>** o **<http://cv.nmhealth.org/>**.

Las personas que tienen los síntomas de COVID-19 deben comunicarse de inmediato con el Departamento de Salud de Nuevo México, al **1-855-600-3453**.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682（フリーダイヤル）までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

Seguro de Atención a Largo Plazo



CHUBB | www.combinedinsurance.com | 855.241.9891

Para equiparse completamente para el futuro, considere agregar un plan de atención a largo plazo a su cartera de seguros. La mayoría de los planes de seguro de salud no cubrirán los servicios de atención a largo plazo, como la atención domiciliar especializada, las instalaciones de hogares de ancianos, los centros de vida asistida o la atención diurna para adultos. Si tuviera un plan de seguro de atención a largo plazo, tendría la tranquilidad de saber que estos costos están cubiertos.

Un plan de seguro de atención a largo plazo está a su disposición cuando lo necesite, siempre que se paguen las primas y la póliza siga vigente. Y aunque solemos pensar que las personas mayores son las que necesitan un plan de atención a largo plazo, la verdad es que cualquier persona de cualquier edad puede reclamar beneficios cuando sea necesario.

Un plan de atención a largo plazo permite que sus seres queridos estén allí para usted como un miembro de la familia, no como un cuidador. Además, ayuda a proteger sus activos para que pueda continuar incrementando sus ahorros. Los beneficios se pagan mediante deducción de nómina y el plan puede convertirse en una póliza individual si deja a su empleador.

Siéntese con su Administrador de Cuenta de First Financial para analizar su plan grupal de atención a largo plazo y elegir la cobertura que se ajuste mejor a sus necesidades y las de su familia.

COBRA

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 800-523-8422, option 4

La vida está llena de eventos inesperados que pueden afectar su cobertura de seguro médico. Según la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada, más conocida como COBRA, usted tiene derecho a continuar con su cobertura de salud grupal, como el seguro médico, dental, de visión y las cuentas de gastos flexibles por un tiempo limitado.

Puntos destacados de COBRA

- Continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, divorcio, muerte o un hijo que ya no califica como dependiente. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.
- Usted o un miembro de su familia son responsables de notificar a su empleador sobre un divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente de un hijo dentro de los 60 días posteriores al evento. En caso de despido, fallecimiento o reducción de horas, su empleador será responsable de informarle al proveedor que usted tiene derecho a continuar con la cobertura bajo COBRA.
- Los beneficios seguirán siendo idénticos a los que tenía mientras estaba empleado. Sin embargo, usted será responsable de pagar la prima completa, más los cargos aplicables.

First Financial Administrators, Inc. ofrece servicios de administración de COBRA para los siguientes planes: Dental, Visión, FSA



Medicare y los 65 años



FFMS | <https://www.ffga.com/medicare-solutions> | 800-523-8422

Preguntas a considerar antes de jubilarse

- ¿**Planeo** jubilarme?
- ¿Soy **elegible** para inscribirme?
- ¿**Cuándo** puedo inscribirme?
- ¿Realmente **quiero** inscribirme?
- ¿**Debo** inscribirme ahora o esperar?
- ¿Qué sucede si **no** me inscribo cuando sea elegible?

Robert Dawson

Coordinador de FFMS

Celular: 281-889-9382

Ya sea que tenga intención de jubilarse o no, estas preguntas y más pueden surgir a medida que se acerque a los 65 años.

Planificar su futuro es importante y no tiene que hacerlo solo. Deje que los expertos de First Financial le ayuden en este proceso.

Clever RX

Clever RX | <https://partner.cleverrx.com/ffga> | 800-873-1195

Clever RX le ayuda a ahorrar dinero mediante el uso de una tarjeta de ahorro para medicamentos recetados. Se asocian con la comunidad de atención médica para brindarles a los participantes herramientas de última generación para ahorrar dinero. Le ayuda a ahorrar hasta un 80% en medicamentos recetados y, a menudo, supera el copago promedio. Además, es completamente gratis. ¡Gracias a Clever RX, nunca más pagará de más por sus recetas!

¡Use Clever RX cada vez que pague un medicamento para ahorrar al instante!



Descargue la aplicación o visite el sitio para cotizar un medicamento:

<https://partner.cleverrx.com/ffga>

Puntos destacados de Clever RX

- 100% GRATIS de usar.
- Obtenga descuentos en miles de medicamentos.
- Ahorre hasta un 80% en medicamentos recetados – ¡A menudo supera su copago! Descargue la aplicación Clever RX utilizando la información de su tarjeta a continuación para obtener ahorros exclusivos en más de 60,000 farmacias en todo el país.
- ¡Disponible para usar ahora!

Información de Contacto

Producto	Aseguradora	Sitio web	Teléfono
Dental	United Healthcare Dental	www.uhc.com	877.816.3596
Vision	Eyemed	www.eyemed.com	866.939.3633
FSA/HSA	First Financial Administrators, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Dependent Care Account	First Financial Administrators, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Group Term Life	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Permanent Life	Texas Life	www.texaslife.com	800.283.9233
Disability	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Cancer	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Critical Illness	Aflac	www.aflacgroupinsurance.com	800.433.3036
Accident	Aflac	www.aflacgroupinsurance.com	800.433.3036
Medical Transport	MASA	www.masamts.com	954.334.8261
403 (b)/457(b) Retirement	First Financial Administrators, Inc.	retirement@ffga.com	800.523.8422
Employee Assistance Program	SupportLinc	www.supportlinc.com	800.475.3327
Hospital Indemnity	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	800.607.3366
Combined LTC/Life	CHUBB	www.combinedinsurance.com	855.241.9891
Prescription Savings Card	Clever RX	https://partner.cleverrx.com/ffga	800.873.1195
Cobra	First Financial Administrators, Inc.	www.cobrapoint.benaissance.com	800.523.8422
Lamar CISD dedicated line for Mental Health	Available 24/7	N/A	832.223.HOPE
Houston Galveston Insitute	HGI	Available 7am-5pm on Tuesdays, Wednesdays & Thursdays	346.352.2195