

Lamar CISD 2024-2025

GUÍA DE BENEFICIOS



LAMARCISD
A PROUD TRADITION | A BRIGHT FUTURE



Jason Sweatt, Administrador de Cuenta Sr.
281-272-7608

Curtis Grant, Ejecutivo de Cuenta Sr.
281-272-7600

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

Trudy Harris, Directora de Servicios/Beneficios
para Empleados, CSRM

832-223-0307/ harris@lcsid.org

Erica Montalvo, Especialista en Beneficios

832-223-0315/ emontalvo@lcsid.org

ÍNDICE

ÍNDICE

- CENTRO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS
- CÓMO INSCRIBIRSE
- ELEGIBILIDAD
- PLANES DE LA SECCIÓN 125
- PLANES DE JUBILACIÓN
- DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO DE AMERICAN FIDELITY
- SEGURO DE VIDA TEMPORAL DE AMERICAN FIDELITY
- SEGURO DE VIDA PERMANENTE DE TEXAS LIFE
- SEGURO COMBINADO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO/VIDA
- SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE AFLAC
- SEGURO CONTRA EL CÁNCER DE AMERICAN FIDELITY
- SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA DE AETNA (Nuevo)
- SEGURO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES DE AFLAC
- TRANSPORTE MÉDICO
- SEGURO DENTAL
- SEGURO DE VISIÓN
- CLEVER RX
- CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD
- CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES Y CUENTA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
- FSA DE PROPÓSITO LIMITADO
- COBRA
- PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL EMPLEADO
- INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS

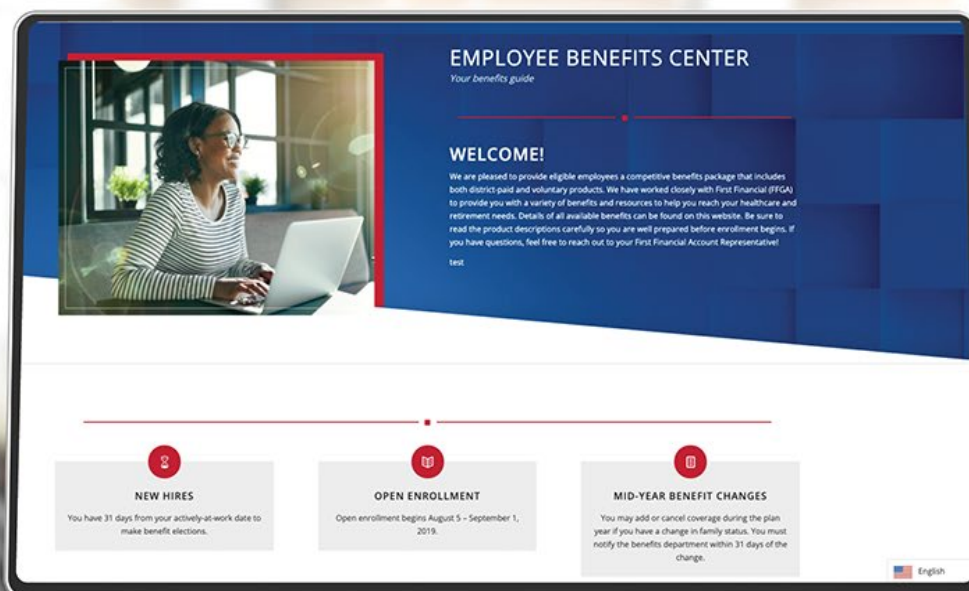
CENTRO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

SU VENTANILLA ÚNICA PARA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS

Lamar CISD y First Financial se complacen en brindarle un sitio web personalizado lleno de 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 reclamaciones, números de teléfono importantes e información de inscripción.

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

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



CÓMO INSCRIBIRSE

La Inscripción Abierta para 2024 comienza el 18 de abril y termina el 30 de junio de 2024

Debe reunirse con un Administrador de Cuentas de FFGA para inscribirse

ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD

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

NUEVOS EMPLEADOS

Tiene 31 días a partir de su fecha de trabajo activo para elegir los beneficios.

EMPLEADOS EXISTENTES

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta de First Financial estará disponible para ayudarle a hacer 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 un tiempo para informarse sobre los beneficios disponibles y las opciones que funcionarían mejor para usted y su familia visitando el Centro de Beneficios para Empleados.

CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS A MEDIADOS DE AÑO

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

LOS EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS INCLUYEN:

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

PLANES DE LA SECCIÓN 125

INFORMACIÓN Y REGLAS DEL PLAN 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 COMO 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
Ingreso Bruto Gravable	\$2,000	\$1,750
Menos Impuestos (Fed./Est. al 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.

PLANES VOLUNTARIOS DE JUBILACIÓN

TCG Services | www.tcgservices.com | 1.800.943.9179

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 después 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 en función de lo que usted invierte en el plan. ¡Ahora es el momento de aprovechar al máximo esta oportunidad de maximizar sus ahorros para la jubilación!

PLAN DE JUBILACIÓN 457(b)

El plan 457(b) es un plan de ahorro voluntario para la jubilación patrocinado por el empleador que le permite ahorrar dinero para la jubilación con impuestos diferidos. El plan contiene la mayoría de las mismas características del plan 403(b), pero es diferente en una forma única. Las distribuciones de un Plan de Compensación Diferida 457(b) no están sujetas al impuesto especial del 10 por ciento por retiro anticipado.

LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN

En 2024, puede contribuir con el 100 por ciento de su compensación hasta \$23,000, lo que sea menor. Si tiene 50 años o más, puede contribuir hasta \$7,500 adicionales por un total de \$30,500.

PLANES DE JUBILACIÓN 403(b)

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com |
1.800.523.8422, opción 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. Éste es un acuerdo en el que el empleado participante acepta una reducción en el 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 base 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

Los participantes pueden contribuir hasta \$23,000 para el año 2024. Los participantes de 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden contribuir con \$7,500 adicionales en 2024, para un total de \$30,500.

Proveedores de 403(b)/403(b)(7)

AIG RETIREMENT SERVICES (antes VALIC)	www.aig.com/retirementservices	800-448-2542
AMERICAN CENTURY INVESTMENTS	www.americancentury.com/enroll	800-345-3533
AMERICAN FUNDS DISTRIBUTORS, INC.	www.americanfunds.com/	800-421-9900
AMERICAN GENERAL LIFE INSURANCE COMPANY	www.aig.com/retirementservices	800-448-2542
AMERICAN UNITED LIFE INSURANCE COMPANY	www.oneamerica.com	800-249-6269
AMERICO FINANCIAL LIFE AND ANNUITY INS. CO.	www.americo.com	800-231-0801
AMERIPRISE FINANCIAL SERVICES, INC.	www.ameriprise.com	800-862-7919
ANNUITY INVESTORS LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.gafri.com	800-438-3398
ASPIRE FINANCIAL SERVICES, LLC	www.403bplan.info	866-634-5873
ATHENE USA (antes AVIVA) ¹	www.athene.com	800-225-8073
EQUITABLE LIFE INSURANCE COMPANY (antes AXA-Equitable)	www.equitable.com/teachers	800-628-6673
FEDERATED FUNDS	www.federatedinvestors.com	800-245-4770
FIDELITY SECURITY LIFE INS COMPANY	www.fslins.com	800-648-8624
FINPATH 403(B)	http://finpath403b.com	800-943-9179
FRANKLIN TEMPLETON INVESTMENTS	www.franklintempleton.com	800-527-2020
GENERAL AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.metlife.com	800-638-9294
GLOBAL ATLANTIC FINANCIAL GROUP	www.globalatlantic.com	508-460-2401
GLP AND ASSOCIATES	www.glpwins.com	877-457-9467
GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP ¹	www.gafri.com	800-789-6771
GREAT SOUTHERN LIFE ¹	www.greatsouthern.com	800-231-0801
GUGGENHEIM INVESTMENTS (antes Rydex Investments) ¹	www.guggenheiminvestments.com	800-820-0888
GWN SECURITIES, INC.	www.gwnsecurities.com	561-472-2700
HORACE MANN INVESTORS	www.horacemann.com	800-999-1030
HORACE MANN LIFE INSURANCE COMPANY	www.horacemann.com	800-999-1030
INDUSTRIAL ALLIANCE PACIFIC LIFE INS. & FINANCIAL SVCS. INC.	www.iaamerican.com	888-473-5540
INVESCO INVESTMENT SERVICES	www.invesco.com	800-959-4246
ISC GROUP, INC.	www.iscgroup.com	800-888-3520
JACKSON NATIONAL LIFE INS. CO. ¹	www.jnl.com	800-644-4565
JEFFERSON NATIONAL LIFE INSURANCE CO. ¹	www.jeffnat.com	866-667-0561
KANSAS CITY LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.kclife.com	800-821-6164
LINCOLN FINANCIAL GROUP	www.lfg.com	800-454-6265
LINCOLN INVESTMENT PLANNING, INC.	www.lincolninvestment.com	800-242-1421
MASSMUTUAL FINANCIAL GROUP	www.massmutual.com	800-234-5606
METROPOLITAN LIFE INS. CO. OF CONNECTICUT ¹	www.metlife.com/mlr	800-638-8378
METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY	www.metlife.com/mlr	800-638-8378
MIDLAND NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY	www.midlandannuity.com	866-270-9564
MODERN WOODMEN OF AMERICA	www.modern-woodmen.org	800-447-9811
NATIONAL LIFE GROUP	www.nationallife.com	800-906-3310
NEW YORK LIFE INS. AND ANNUITY CORP.	www.newyorklife.com	800-225-5695
NORTH AMERICAN CO. FOR LIFE AND HEALTH INSURANCE	www.nacolah.com	866-322-7065

Proveedores de 403(b)/403(b)(7)

ORION PORTFOLIO SOLUTIONS (FTJ)	www.orionportfoliosolutions.com	800-379-2513
PACIFIC LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.pacificlife.com	800-722-2333
PENSERV PLAN SERVICES	www.penserv.com	800-849-4001
PFS (PRIMERICA FINANCIAL SERVICES) ¹	www.primerica.com/public	800-544-5445
PLANMEMBER SERVICES CORPORATION	www.planmember403b.com	800-874-6910
PROTECTIVE LIFE INSURANCE COMPANY ¹	https://insuranceservices.se2.com	800-456-6330
PUTNAM INVESTMENTS	www.putnam.com	800-662-0019
RBFCU	www.rbfcu.org/retirement-program	833--291-1310
RIVERSOURCE LIFE INSURANCE COMPANY	www.ameriprise.com	800-862-7919
SECURITY BENEFIT	www.securitybenefit.com	800-888-2461
SYMETRA LIFE INSURANCE COMPANY	www.symetra.com	800-796-3872
THRIVENT FINANCIAL FOR LUTHERANS	www.thrivent.com	800-847-4836
THRIVENT INVESTMENT MANAGEMENT INC.	www.thrivent.com	800-847-4836
TRANSAMERICA LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.oneamerica.com	800-317-2688
UNITED TEACHERS ASSOCIATION INSURANCE (UTA) ¹	www.gafri.com	800-438-3398
USAA LIFE INSURANCE COMPANY ¹	www.usaa.com	800-531-6396
THE VANGUARD GROUP, INC.	www.vanguard.com	800-662-2003
VICTORY CAPITAL MANAGEMENT (antes USAA MANAGEMENT)	www.vcm.com	800-531-8292
VOYA FINANCIAL, INC (VRIAC)	https://my.voya.com/	800-262-3862
VOYA FINANCIAL, INC. (RELIASTAR)	www.voya.com	877-884-5050
WADDELL & REED, INC.	www.waddell.com	888-923-3355
WESTERN NATIONAL LIFE INS. CO.	www.wnl.com	800-424-4990
ZURICH AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY ¹	https://insuranceservices.se2.com	800-457-9047

Las compañías en esta lista han acordado compartir la información de cumplimiento necesaria con First Financial Administrators, Inc., el Administrador del Plan 403(b) de su empleador, y son proveedores autorizados en su plan elegible para recibir contribuciones continuas de reducción de salario 403(b) y/o 403(b)(7) después del 1 de enero de 2009, a menos que se indique lo contrario.

¹ Esta empresa no puede aceptar nuevas contribuciones del [Acuerdo de Reducción de Salario](#) (SRA) y está cerrada a nuevas inscripciones.

Tenga en cuenta: First Financial Administrators, Inc. no respalda a ninguna empresa o agente. Comuníquese con su asesor fiscal o representante financiero si tiene preguntas específicas sobre inversiones. Los proveedores aprobados están sujetos a cambios. Para obtener la lista más actualizada, comuníquese con First Financial Administrators, Inc.

Póngase en contacto con nosotros:

- Web: www.ffga.com
- Número gratuito: [1.800.523.8422](tel:18005238422), opción 2 (Lunes—viernes 7:00 a.m.—5:00 p.m. hora del Centro)
- Número local: 281-847-8422 (Lunes—viernes 7:00 a.m.—5:00 p.m. hora del Centro)
- Número de fax: 1.866.265.4594
- Correo electrónico: retirement@ffga.com
- Formulario de contacto en línea: www.ffga.com/contact-retirement2/

Correo
First Financial Administrators, Inc.
Attn: Retirement Services
PO BOX 670329
Houston, TX 77267-0329

Dir. física
First Financial Administrators, Inc.
Attn: Retirement Services
16945 North Chase Blvd, Ste. 1800
Houston, TX 77060



Esta lista tiene fecha del 28 de marzo de 2022

PLANES DE JUBILACIÓN 457(b)

TCG Services | <http://www.tcgservices.com> | 1.800.943.9179

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

- Opciones de inversión: anualidades fijas, anualidades variables o fondos mutuos
- Flexibilidad: comience, suspenda y ajuste sus contribuciones según lo permita el plan de su empleador
- Reciba extractos de cuenta periódicos
- Sin multa federal del 10% sobre intereses o ganancias por retiro anticipado
- Sin impuestos federales sobre la renta actuales sobre el dinero que invierte en el plan hasta que sea el momento de realizar los retiros

LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN

Los participantes pueden contribuir hasta \$23,000 para el año 20234. Los participantes de 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden contribuir con \$7,500 adicionales en 2024, para un total de \$30,500.

SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 1.800.662.1113

¿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. 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 al tomar su decisión:

- ¿Cuánta licencia del empleador tiene disponible?
- ¿Tiene ahorros?
- ¿Tiene otros ingresos con los que pueda contar, como de su cónyuge o de la manutención de los hijos?
- ¿Cuánto le queda antes de la jubilación?
- ¿Puede solicitar beneficios del Seguro Social por Discapacidad o la Jubilación por Discapacidad?
- ¿Cuáles son sus otras fuentes de ingresos?



Seguro de Ingresos por Discapacidad a Largo Plazo AF™

Lamar CISD

Comercializado por:



SOLUCIONES DE BENEFICIOS DEL EMPLEADOR PARA SU INDUSTRIA

Concéntrese en la recuperación, no en los gastos

¿Cómo cubriría sus gastos diarios si sufriera una lesión o enfermedad y no pudiera trabajar durante un período de tiempo? El **Seguro de Ingresos por Discapacidad a Largo Plazo AF™** brinda un beneficio constante para cubrir los gastos diarios mientras no pueda trabajar debido a una discapacidad cubierta.

Aspectos destacados del plan



Los beneficios se pagan directamente a usted

Tiene la libertad de usar los fondos para sus gastos diarios, tales como: comestibles, hipoteca, guardería, etc.



Personalizado para satisfacer sus necesidades individuales

Puede seleccionar el monto del beneficio y el período de eliminación que mejor se adapte a sus necesidades financieras.



Beneficio de regreso al trabajo

Los empleados pueden recibir un beneficio parcial por volver a trabajar a tiempo parcial mientras aún tienen una discapacidad.

Elija el plan adecuado para usted

LOS BENEFICIOS COMIENZAN el día de la Discapacidad debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Plan I	El 1 ^{er} /4.º día	Plan IV	El 61 ^{er} día
Plan II	El 15.º día	Plan V	El 91 ^{er} día
Plan III	El 31 ^{er} día	Plan VI	El 151 ^{er} día



Lesión significa daño físico o daño al cuerpo que sufrió y que resulta directamente de una lesión corporal accidental, es independiente de una enfermedad o dolencia corporal; y tiene lugar mientras su cobertura está vigente.



Enfermedad significa una enfermedad o padecimiento (incluido el embarazo). La discapacidad debe comenzar mientras su cobertura esté vigente.



Hospital - el término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o un centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.



Discapacidad o discapacitado durante los primeros 12 meses de Discapacidad significa que no puede realizar las tareas importantes y sustanciales de su ocupación habitual. Después de eso, Discapacidad significa que no puede realizar las tareas importantes y sustanciales de cualquier ocupación lucrativa remunerada para la cual está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Tabla de Beneficios de la Póliza

Varias opciones de beneficios están disponibles para usted. Puede participar en el Plan bajo cualquiera de los niveles de beneficios que se describen a continuación, siempre que el nivel de Beneficio Mensual por Discapacidad seleccionado no supere el 70% de su compensación mensual.

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (1 ^{er} /4.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31 ^{er})	Plan IV (61 ^{er})	Plan V (91 ^{er})	Plan VI (151 ^{er})
\$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

Tabla de Beneficios de la Póliza (continuación)

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (1 ^{er} /4.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31 ^{er})	Plan IV (61 ^{er})	Plan V (91 ^{er})	Plan VI (151 ^{er})
\$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 - And Over	\$7,500.00	\$20,000.00	\$381.00	\$273.00	\$217.50	\$184.50	\$156.00	\$117.00

Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan

Período Máximo de Beneficios

Los beneficios se pagan hasta el período de tiempo que se muestra en el cuadro a continuación, en función de su edad a partir de la fecha en que comienza la Discapacidad debida a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Edad	Período máximo de beneficios
Menos de 60 años	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)*
60	60 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
61	48 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
62	42 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
63	36 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
64	30 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
65	24 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
66	21 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
67	18 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
68	15 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
69 años o más	12 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor

**Edad a la que tiene derecho a los beneficios del Seguro Social sin reducción según las enmiendas actuales al Seguro Social.*

Asistencia para presentar la solicitud del Seguro Social

Si determinamos que usted es un candidato probable para los beneficios por Discapacidad del seguro social, podemos ayudarle con el proceso de solicitud y apelación.

Cuándo comienza la cobertura

Los certificados entrarán en vigencia en la fecha de vigencia solicitada posterior a la fecha en que aprobemos la solicitud, siempre que tenga un empleo activo y se haya pagado la prima.

Beneficio de gastos médicos

Lesión - \$150.00 por lesión
Enfermedad - \$50.00

Si necesita tratamiento personal por parte de un médico debido a una Lesión o Enfermedad, pagaremos el monto que se muestra arriba, siempre que no se haya pagado ningún otra reclamación en virtud de la póliza. Este beneficio se pagará por Enfermedad sólo si el tratamiento se recibe durante un día completo de Discapacidad durante el cual usted perdió un día completo de trabajo. Para ser elegible para más de un pago por la misma condición o una relacionada debido a una Enfermedad, debe haber regresado al trabajo durante al menos 14 días hábiles programados consecutivos. No es necesario que pierda un día completo de trabajo para recibir el Beneficio por Lesiones.

Beneficio por muerte accidental

Se pagará una suma global de \$20,000 a su beneficiario designado si muere como resultado directo de una lesión dentro de los 90 días posteriores a la lesión.

Beneficio de hospitalización

Se pagará un Beneficio de Hospitalización cada día que esté internado como paciente en un Hospital debido a una Lesión o Enfermedad, hasta por 60 días. El monto a pagar es 1 vez el Beneficio por Discapacidad que se prorrateará diariamente. Este beneficio no será reducido por Fuentes de Ingresos Deducibles. El internamiento en el Hospital debe tener una duración mínima de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará después de su cumplimiento del período de eliminación.

Renuncia a la prima

No se requieren pagos de primas mientras recibe pagos en virtud del plan después de haber recibido pagos por Discapacidad durante 180 días consecutivos. Requeriremos anualmente una prueba de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de donante

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



Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan

Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las Fuentes de Ingresos Deducibles incluyen:

- Otros ingresos de cobertura grupal por discapacidad.
- Sistema de jubilación gubernamental u otro, ya sea por Discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación.
- Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos o un plan o ley similar, incluidos los montos adeudados a sus dependientes debido a su Discapacidad.
- Discapacidad del Estado.
- Compensación por desempleo.
- Ley de Indemnización por Accidente de Trabajo, ley de enfermedad ocupacional o cualquier acto o ley similar.
- Licencia por enfermedad u otros planes de continuación de sueldo o salario proporcionados por el empleador que se extiendan más allá de 60 (Planes I, II, III y IV), 90 (Plan V) y 150 (Plan VI) días calendario a partir de la fecha de la Discapacidad.

Nos reservamos el derecho de estimar estas Fuentes de Ingresos Deducibles que usted puede recibir según se define en su certificado.

Beneficio mínimo por discapacidad

El Beneficio Mínimo por Discapacidad es el 10% del Beneficio Mensual por Discapacidad o \$100.00, lo que sea mayor.

Si está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no trabaja

Su pago por Discapacidad será el Beneficio por Discapacidad descrito en el programa de beneficios menos todas las Fuentes de Ingresos Deducibles que reciba o tenga derecho a recibir. No se proporcionará ningún pago por Discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

Incentivos de regreso al trabajo: discapacitado y trabajando

Si está discapacitado y está trabajando, puede ser elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por Discapacidad además de sus ingresos por Discapacidad. Si sus ingresos por Discapacidad superan el 80% de su compensación mensual, los pagos se suspenderán y su reclamación finalizará.

• Beneficio de cuidado familiar

Si está discapacitado y trabaja y tiene uno o más miembros de la familia elegibles, puede ser elegible para un Beneficio de Cuidado Familiar. Este beneficio es para gastos incurridos hasta el 25% de su Beneficio Mensual por Discapacidad. Sus ingresos por Discapacidad, el beneficio bruto por Discapacidad y el Beneficio de Cuidado Familiar no pueden exceder el 100% de su compensación mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando deja de ser elegible para los beneficios según la disposición de la póliza para personas con discapacidad y que trabajan.

• Adaptaciones en el lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si las adaptaciones en el lugar de trabajo pueden ayudarle a regresar al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas apropiadas.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si está discapacitado debido a una enfermedad mental, los beneficios se proporcionarán hasta por 2 años, sin exceder el período máximo de Discapacidad.

Beneficio limitado por alcoholismo y drogadicción

Si está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado de hasta 15 días por cada Discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del período máximo de beneficios. Si la adicción a las drogas se mantiene a manos de un médico, o mientras se encuentra bajo el cuidado regular y apropiado de un médico en el curso del tratamiento por una Lesión o Enfermedad, estará cubierta de la misma manera que cualquier otra Enfermedad.

Beneficio limitado de condiciones especiales

Si está discapacitado debido a Condiciones Especiales y bajo el cuidado regular y adecuado de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 1 año. Condiciones Especiales significa: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; cualquier enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o la espalda que no produzca hemiplejía, paraplejía o cuadriplejía; enfermedad alérgica ambiental que incluye, entre otros, el síndrome del edificio enfermo y la sensibilidad química múltiple; y Síntomas Autoinformados. Los Síntomas Autoinformados son síntomas que el asegurado comunica a su médico y que no son comprobables mediante pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Los ejemplos incluyen: dolores de cabeza, dolor, fatiga, rigidez, molestias, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

Limitación de condiciones preexistentes

Se pagará un beneficio limitado de hasta 1 mes de Beneficio por Discapacidad por una Discapacidad que resulta de una Condición Preexistente. Esta disposición no se aplicará si usted: no ha recibido tratamiento; no incurrió en gastos; no tomó ningún medicamento; y no recibió ningún diagnóstico ni consejo de un médico durante 12 meses consecutivos para dicha condición.

Esta limitación no se aplicará a una Discapacidad que resulte de una Condición Preexistente que comience después de haber estado cubierto de manera continua bajo la Póliza durante 24 meses.

Cualquier aumento en los beneficios estará sujeto a esta limitación de Condiciones Preexistentes. Se debe cumplir un nuevo período de Condición Preexistente con respecto a cualquier aumento solicitado y aprobado por nosotros.

Condición preexistente significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental para la cual usted: recibió tratamiento; incurrió en gastos; tomó medicación; recibió atención o servicios, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejo de un médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de su cobertura. El término Condición Preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental.

Cláusulas adicionales y limitaciones de beneficios

Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

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

Los beneficios no son pagaderos por Lesiones o Enfermedades incurridas en los primeros 12 meses de cobertura debido a una Condición Preexistente como se define en la póliza base. El paciente debe estar internado en un hospital durante un mínimo de 18 horas y se le cobra alojamiento y comida.

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



Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio mensual si su Cónyuge sufre una Discapacidad debido a un accidente no laboral.

Le paga un monto de beneficio mensual para su Cónyuge que está discapacitado como resultado de un accidente no laboral. Los beneficios comienzan el 31er día consecutivo después de la lesión y continuarán hasta por dos años.

Cantidad de 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 más	\$16.00

Cláusula adicional de financiación de COBRA

Esta cláusula adicional está diseñada para ayudar a cubrir el costo de las primas de COBRA si elige la cobertura de COBRA mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

Para recibir los beneficios en virtud de esta cláusula adicional, debe: estar recibiendo beneficios en virtud de su plan base de Discapacidad; elegir cobertura médica de COBRA; y estar pagando las primas médicas de COBRA. Este beneficio pagará hasta el final del período de beneficios por Discapacidad o hasta el final de su período de beneficios médicos de COBRA, lo que ocurra primero.

Cantidad de beneficio mensual	Prima mensual
\$300.00	\$4.50
\$400.00	\$6.00
\$500.00	\$7.50
\$600.00	\$9.00

Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio a su beneficiario o sucesión si fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

Los beneficios son pagaderos si ha estado discapacitado y no ha trabajado durante al menos 90 días, y fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad. Paga un beneficio mensual hasta por un año o hasta que se agote el período máximo de Discapacidad, lo que ocurra primero.

Cantidad de beneficio mensual	Prima mensual
\$2,000.00	\$6.80

Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio de suma global basado en el diagnóstico de una determinada Enfermedad Crítica.

Los beneficios se pagan en una suma global única basada en el diagnóstico de las siguientes condiciones: ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, parálisis o insuficiencia orgánica principal. En el caso de infarto de ataque cardíaco, un médico debe realizar el diagnóstico y el tratamiento debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas.

Cantidad de 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 las cláusulas adicionales de beneficios

Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

El Beneficio de Hospitalización no será pagadero por una Lesión o Enfermedad sufrida en los primeros 12 meses de cobertura si la Lesión o Enfermedad es causada por o como resultado de una Condición Preexistente como se define en la póliza. Además de las exclusiones enumeradas en la póliza, no se pagarán beneficios en virtud de esta cláusula adicional por cualquier Hospitalización causada o derivada de una enfermedad mental o abuso de drogas o alcohol. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. Las hospitalizaciones sucesivas se considerarán como una hospitalización si están separadas por menos de 90 días de hospitalización.

El término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o como centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

La cláusula adicional de Beneficio por Enfermedad Crítica no será pagadera por ninguna pérdida causada o derivada de: (a) una Enfermedad Crítica cuando la fecha de diagnóstico ocurra durante el período de espera; (b) una Enfermedad Crítica diagnosticada fuera de los Estados Unidos; o (c) una Enfermedad o Lesión no definida específicamente en esta Cláusula adicional.

No se pagará ningún Beneficio por Enfermedad Crítica por una Enfermedad Crítica causada o derivada de una Condición Preexistente cuando la fecha de Diagnóstico de la Enfermedad Crítica ocurra antes de que usted haya estado cubierto de manera continua bajo esta Cláusula adicional durante 12 meses consecutivos. Después de 12 meses consecutivos, esta exclusión no se aplica.

Condición preexistente significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental por la cual ha experimentado cualquiera de los siguientes: tratamiento; gasto incurrido; medicamentos tomados; atención o servicios recibidos, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o asesoramiento de un médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de esta cláusula adicional. El término Condición Preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. No se pagarán beneficios por una Enfermedad Crítica cuando la fecha de diagnóstico se produzca durante el período de espera por Enfermedad Crítica. El período de espera es de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor de esta Cláusula adicional.

Cláusula adicional de financiación de COBRA

La prueba de la elección de la continuación médica de COBRA debe proporcionarse a American Fidelity. Se requerirá prueba de participación médica continua en COBRA antes de que se paguen los beneficios en virtud de esta cláusula adicional. Su empleo debe haber terminado para que el beneficio sea pagadero.

Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta Cláusula adicional no proporciona beneficios para su Cónyuge por cualquier Discapacidad, mortal o no mortal, que resulte de cualquiera de los siguientes: lesiones autoinfligidas intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; un acto de guerra,

declarada o no; lesión sufrida o contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; comisión de un delito grave; encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios durante ningún período durante el cual su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional o por cualquier Lesión que ocurra mientras su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional; Lesión que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual su Cónyuge tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. El término "con derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo" también incluirá las liquidaciones de reclamaciones por Indemnización por Accidente de Trabajo que ocurran a través de compromiso y liberación. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza durante ningún período durante el cual su Cónyuge tenga derecho a los beneficios de Indemnización por Accidente de Trabajo; participación en cualquier deporte por salario o ganancia; (h) participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo motorizado por salario o ganancia.

Cónyuge significa la persona con la que está casado legalmente y que tiene menos de 70 años. Su cónyuge debe tener un Empleo a Tiempo Completo para que se paguen los beneficios. Empleo a Tiempo Completo significa que su cónyuge está empleado un promedio de 25 o más horas por semana por pago o beneficios. El Empleo a Tiempo Completo no incluye las horas que su cónyuge está trabajando mientras trabaja por cuenta propia. No se pagan beneficios para su Cónyuge en virtud de esta cláusula adicional por una Discapacidad causada por una Lesión que ocurrió fuera de los Estados Unidos o sus territorios. No se proporcionará ningún beneficio por ningún período en el que su Cónyuge no esté bajo el cuidado regular y adecuado de un médico. No se pagarán beneficios por cualquier Lesión a su Cónyuge que sea causada por o que resulte del abuso conyugal.

Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

La póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de: lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; un acto de guerra, declarada o no declarada; Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; comisión de un delito grave; encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más; o Lesión o Enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. No se proporcionará ningún pago por discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

Su cobertura con respecto a las cláusulas adicionales enumeradas anteriormente finalizará en la primera de estas fechas: el final del último período por el cual se pagó la prima; la fecha en que nos notifica por escrito para cancelar la cobertura; la fecha en que se suspende la cláusula adicional; la fecha en que se cancela la póliza; o la fecha en que termina su empleo.

La disponibilidad de las cláusulas adicionales puede variar según el estado, el empleador y la cobertura a corto plazo con un período 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 adicionales tienen limitaciones, exclusiones y períodos de espera. Consulte su póliza para obtener detalles completos. Estas cláusulas adicionales terminarán en la misma fecha que la póliza o el certificado al que se adjunta.

Exclusiones de la póliza

La póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de:

- Lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Comisión de un delito grave.
- Encarcelamiento en una institución penitenciaria. No pagaremos beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más.

Su cobertura puede continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará mientras la póliza de grupo permanezca vigente, las primas se paguen y usted siga siendo elegible para la cobertura de la póliza. Su cobertura terminará cuando ya no califique como asegurado, se jubile, no tenga un empleo activo o termine su empleo. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con un aviso previo de 31 días. Si se aumentan las primas, le enviaremos un aviso con 60 días de anticipación.



Sus beneficios, todo en un solo lugar.

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

Las disposiciones y los beneficios de la póliza pueden variar si reside en un estado que no sea el estado de domicilio de su empleador.

Pueden aplicarse condiciones preexistentes.

Este folleto destaca características importantes de la póliza. Consulte su certificado para obtener detalles completos.



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

SEGURO DE VIDA TEMPORAL

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 1.800.662.1113

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA TEMPORAL

El seguro voluntario de vida es una cobertura de vida temporal que usted puede comprar además del plan básico de vida proporcionado por su empleador. Lo cubrirá por un período específico mientras esté empleado. Los montos del plan se ofrecen en niveles para que pueda elegir el monto de cobertura que mejor se adapte a usted y su familia. Debido a que es un plan grupal, las primas suelen ser más bajas, por lo que es más económico obtener la tranquilidad que brinda el 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 Temporal

Suscrito por: American Fidelity Assurance Company

Seguro de Vida Temporal Convertible y
Renovable de 10, 20 y 30 Años



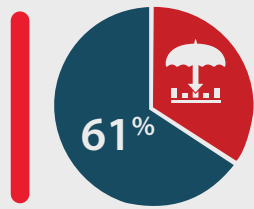
Fácil proceso de solicitud · Sin exámenes médicos · Excelente servicio al cliente · Más información » »



Comercializado por:
First Financial Capital Corporation
P.O. Box 670329 • Houston, TX 77267-0329
Local (281) 847-8422 | Gratuito (800) 523-8422
ffga.com

Fortalezca el plan financiero de su familia

El seguro de vida es un elemento importante de un plan financiero sólido. Si bien no hay manera de reemplazar la pérdida de un ser querido, el **Seguro de Vida Temporal** puede ayudarle a proteger a su familia en su ausencia. Ofrece cobertura a corto plazo a un precio competitivo. Para aquellos con un presupuesto limitado, el Seguro de Vida Temporal puede ayudar a satisfacer las necesidades temporales.



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

El seguro de vida proporcionado por su empleador es un beneficio importante. Sin embargo, puede que no sea suficiente protección para sus seres queridos.

Una póliza de seguro de vida temporal puede ayudar a complementar su cobertura existente en caso de que la necesite. Además, ésta es una póliza individual, lo que significa que es de su propiedad y puede llevarla consigo a un trabajo diferente o cuando se jubile.



Por qué necesita un seguro de vida

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



Gastos Finales

Costos funerarios • Facturas médicas no pagadas



Sustitución de ingresos

Hipoteca/Alquiler • Otros préstamos



Nido financiero

Planificación patrimonial • Metas de jubilación

¹LIMRA: Study Finds COVID-19 Spurs Greater Interest in Life Insurance; 23 de marzo de 2021; ²According to the 2023 Insurance Barometer Study by LIMRA and Life Happens LIMRA: 2023 Insurance Barometer Study; 5 de mayo de 2023; P7.

El **Seguro de Vida Temporal** es una excelente opción para sus años de trabajo y ganancias cuando los costos suelen ser más altos.

Las primas seguirán siendo las mismas durante el período de vigencia inicial seleccionado.³ El beneficio por fallecimiento no cambiará durante la vigencia de la póliza, y los beneficios por fallecimiento generalmente se pagan libres de impuestos.

Tres sencillos pasos para obtener cobertura

1

Seleccione un plazo

Elija entre un plazo de 10, 20 o 30 años.

2

Conteste tres preguntas de salud⁴

Sólo se requieren tres preguntas de salud para emitir la cobertura y no es necesario que participe en ningún examen médico invasivo.

3

Obtenga cobertura de beneficio por muerte de inmediato⁵

La cobertura de su beneficio por fallecimiento comienza cuando firma la solicitud.

³Las tarifas se ajustarán en cada período de vigencia renovado. ⁴La emisión de la póliza puede depender de la respuesta a estas preguntas. ⁵La cobertura provisional por fallecimiento entrará en vigencia a partir de la fecha en que se firme su solicitud si en dicha fecha el asegurado propuesto es asegurable según nuestras pautas de suscripción para la cobertura solicitada de acuerdo con los términos de la póliza. Esta cobertura provisional por muerte permanecerá vigente hasta lo que ocurra primero: 1) la fecha en que la póliza entre en vigencia; 2) la fecha en que rechazamos la solicitud; o 3) la fecha en que notifiquemos al asegurado propuesto que no es elegible para la cobertura provisional. El empleado y/o su cónyuge deben permanecer activamente en el trabajo durante el período de cobertura provisional. Si la muerte del asegurado propuesto ocurre durante el período de cobertura provisional, la prima del primer mes se restará de los ingresos de la póliza. La cobertura provisional es sólo para beneficios por muerte en virtud de la póliza base, Cláusula adicional de cobertura temporal para hijos y Cláusula adicional de cobertura temporal para el cónyuge. No hay beneficios de cobertura provisionales disponibles bajo ninguna Cláusula adicional de exención de prima, Cláusula adicional de muerte accidental y desmembramiento o Cláusula adicional de beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo. ⁶El ejemplo se basa en una póliza base de 20 años, mensual, sin tabaco, sin cláusulas adicionales adjuntas. Para conocer edades, tasas, plazos o montos nominales específicos, consulte a su gerente de cuenta de American Fidelity. ⁷Las primas permanecen estables durante el período de plazo inicial seleccionado. Si elige el Plan de Vida Temporal de 10 o 20 años, la fecha de renovación será cada 10 o 20 años hasta el aniversario de la póliza después de cumplir los 70 o 60 años respectivamente. A partir de entonces, las primas son renovables anualmente. El Plan de vida temporal de 30 años es renovable anualmente después del plazo inicial. Todos los planes de seguro temporal vencen en el aniversario de la póliza después de cumplir los 90 años. Las tarifas se ajustarán en cada período de plazo renovado.

EDADES DE EMISIÓN PARA EL EMPLEADO

Plazo de 10 años: 17-65
Plazo de 20 años: 17-60
Plazo de 30 años: 17-50

MÁXIMO DE EMISIÓN PARA EL EMPLEADO

17-49 años: \$300,000
50-65 años: \$100,000

BENEFICIO POR MUERTE DE NIVEL GARANTIZADO

Reciba el monto nominal completo de su póliza siempre que no se paguen beneficios acelerados.

EDADES DE EMISIÓN Y MÁXIMOS PARA EL CÓNYUGE

17-49 años: \$50,000
50-60 años: \$25,000

TARIFAS BASADAS EN LA EDAD DE EMISIÓN Y LA CONDICIÓN DE CONSUMO DE TABACO

Las primas se basarán en su edad en la fecha en que su póliza entre en vigencia. Puede ser elegible para tarifas reducidas si no consume tabaco.

RENOVABLE Y CONVERTIBLE⁷

Renueve su cobertura hasta los 90 años. Puede convertir a una póliza de vida entera antes de los 70 años.

Mejore Su Plan

Cláusula adicional de exención de la prima

Esta cláusula adicional prevé la exención del pago de la prima si el Asegurado base queda totalmente discapacitado, según se define en la cláusula adicional, durante al menos seis meses consecutivos. Se eximen las primas para la póliza base y todas las cláusulas adicionales adjuntas. La edad de emisión es de 17 a 60 años. La cláusula adicional termina a los 65 años.

Cláusula adicional por muerte accidental y desmembramiento

Esta cláusula adicional brinda cobertura en caso de muerte, desmembramiento o parálisis del Asegurado base antes de los 70 años si dicha muerte, desmembramiento o parálisis se debe a causas accidentales, según se define en la cláusula adicional. Esta cláusula adicional también proporciona un 10% de beneficio adicional para el cinturón de seguridad, si el informe policial del accidente certifica que el Asegurado base estaba usando el cinturón de seguridad correctamente abrochado en el momento de la muerte. Los beneficios son pagaderos una vez por Accidente cubierto.

Cláusula adicional de seguro de vida temporal del cónyuge

Esta cláusula adicional prevé la cobertura de Seguro de Vida Temporal por niveles para su cónyuge. Las primas de esta cláusula se basan en la edad y el consumo de tabaco del cónyuge. La cobertura puede renovarse por cada período de renovación adicional hasta que el cónyuge cumpla 90 años, mientras la póliza base esté vigente. ⁷Las primas se ajustan al momento de la renovación. El monto nominal debe ser igual o menor que la póliza base.

Cláusula de seguro de vida temporal de los hijos

Esta cláusula adicional brinda protección de Seguro de Vida Temporal para todos sus hijos elegibles que tienen entre un mes y 19 años de edad. Hay tres niveles de beneficios disponibles: \$10,000, \$20,000 y \$30,000. La cobertura permanece para cada hijo hasta los 26 años o el matrimonio del hijo antes de los 26 años. Su hijo cubierto también puede convertir esta cláusula adicional por hasta cinco veces el monto de la cobertura (sujeto a un límite total de \$100,000) a cualquier forma de seguro permanente ofrecido por American Fidelity. Una prima cubre a todos los hijos elegibles.

Cláusula adicional de beneficio acelerado para enfermedad a largo plazo (disponible sólo con seguro de vida temporal de 30 años)

Esta cláusula proporciona dos adelantos iguales de una parte del beneficio por muerte de la póliza base debido a una enfermedad a largo plazo si recibimos pruebas satisfactorias de la enfermedad a largo plazo antes de cada pago anual. La cobertura está disponible únicamente para el Asegurado base.

EJEMPLO DE TARIFAS DE PRIMA MENSUAL SIN TABACO PARA UN PLAZO DE 20 AÑOS⁶

	\$25 mil*	\$50 mil*	\$100 mil	\$150 mil	\$300 mil
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

*Cantidades sombreadas disponibles para compras de pólizas base del cónyuge.

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

Los números de Seguro Social se requieren al 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 adicionales puede variar según el estado.

Notificación a terceros: El titular tiene derecho a designar a un tercero para recibir la notificación de caducidad o terminación de una póliza de seguro de vida individual debido a la falta de pago de la prima. Dicha notificación se enviará al titular de la póliza y al tercero al menos 30 días naturales antes de la cancelación. Esta designación podrá hacerse en este momento, o en cualquier momento en que la póliza esté vigente. Comuníquese con nosotros para solicitar un formulario para designar, cambiar o actualizar esta información en una fecha posterior. M3437.R118

Aviso de divulgación y resumen de beneficios acelerados

ESTE DOCUMENTO SIRVE ÚNICAMENTE COMO RESUMEN Y AVISO DE DIVULGACIÓN. CONSULTE SU PÓLIZA O CLÁUSULA ADICIONAL PARA CONOCER LAS DISPOSICIONES REALES DEL CONTRATO.

LA PÓLIZA/CLÁUSULA ADICIONAL PROPORCIONA UNA OPCIÓN DE BENEFICIO ACELERADO.

DEBE CONSULTAR CON UN ASESOR FISCAL PERSONAL SI ESTÁ CONSIDERANDO ELEGIR EL PAGO BAJO UNA DISPOSICIÓN DE BENEFICIO ACELERADO. LOS BENEFICIOS ESPECIFICADOS EN LA PÓLIZA/CLÁUSULA ADICIONAL SE REDUCIRÁN AL RECIBIR UN PAGO DE BENEFICIO ACELERADO. LA RECEPCIÓN DE PAGOS DE BENEFICIOS ACELERADOS: 1) PUEDE SER IMPONIBLE; 2) PUEDE AFECTAR SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS BAJO LA LEY ESTATAL O FEDERAL; Y, 3) NO CALIFICA NI PRETENDE CALIFICAR COMO SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO.

La póliza y/o cláusula adicional que está solicitando tiene una disposición de Beneficio Acelerado. La disposición permite adelantar una parte de los beneficios por muerte si se cumplen ciertas condiciones. Consulte la póliza/cláusula adicional para conocer las condiciones y definiciones, según corresponda.

Previo al pago de cualquier Beneficio Acelerado, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- El Beneficio Acelerado máximo varía según la póliza/cláusula adicional (consulte la información específica a continuación) y no deberá exceder el Monto del Beneficio para la póliza que se muestra en el Texto de la Póliza.
- Sólo se realizará una elección de Beneficio Acelerado bajo la póliza y/o cada cláusula adicional, incluso si el Titular no elige el monto total de beneficio acelerado.
- Si se pagan dos o más Beneficios Acelerados en nombre del Asegurado/Persona Cubierta en virtud de la póliza o de cualquier cláusula adicional por la misma o una enfermedad, lesión o pérdida relacionada, los beneficios se pagarán en el siguiente orden:
 - 1) Beneficio Acelerado por Enfermedad a Largo Plazo, si esta cláusula adicional opcional está adjunta a la póliza; y
 - 2) Beneficio Acelerado por Condición Terminal.
- Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones adicionales, lea atentamente su póliza/cláusula adicional.

Al solicitar acelerar los ingresos de la póliza/cláusula adicional, y al pagar el beneficio acelerado, el Titular y cualquier beneficiario irrevocable recibirán una declaración que demuestre el efecto

de la aceleración en el pago de los productos de la póliza, valor en efectivo, beneficio por fallecimiento, primas y préstamos de la póliza, según corresponda.

Beneficio acelerado por condición terminal

Antes del pago de cualquier Beneficio Acelerado, el Asegurado/Persona Cubierta debe tener una Condición Terminal, definida como una muerte inminente esperada como resultado de una condición médica no corregible que con certeza médica razonable resultará en una esperanza de vida drásticamente limitada del Asegurado/Persona Cubierta de 12 meses o menos. El máximo pagadero es el menor de: 50% de los ingresos elegibles según se define en la póliza/cláusula adicional, 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:

- Tras el pago del Beneficio Acelerado, la póliza/cláusula adicional permanecerá vigente. Nosotros pagaremos cualquier prima adeudada para mantener la póliza/cláusula adicional vigente y se deducirá de los ingresos de la póliza al fallecer, a menos que actualmente esté ejerciendo la opción de Préstamo Automático de Prima. Si actualmente está ejerciendo la opción de Préstamo Automático de Prima, cualquier prima se seguirá pagando bajo esta opción, hasta el momento en que esta opción se agote o se interrumpa.
- Los ingresos de la póliza pagaderos en caso de fallecimiento del Asegurado/Persona Cubierta se reducirán por el monto del Beneficio Acelerado, cualquier préstamo pendiente de la póliza y cualquier prima pagada por nosotros en su nombre.
- Los valores en efectivo, si los hubiere, continuarán acumulándose según lo especificado en su póliza o cláusula adicional. El acceso al valor en efectivo de la póliza puede estar restringido al exceso del valor en efectivo sobre la suma del monto acelerado y cualquier prima pagada por nosotros y cualquier otro préstamo de póliza pendiente.

- Cualquier préstamo pendiente, incluidos los intereses, no se deducirá del pago del beneficio acelerado.
- **Este Beneficio Acelerado se tratará como un gravamen sobre el beneficio por fallecimiento y se aplicará en el momento del fallecimiento.**

Beneficio acelerado por enfermedad a largo plazo (cláusula adicional opcional)

Antes del pago de cualquier Beneficio Acelerado, el Asegurado debe tener una Enfermedad a Largo Plazo, lo que significa que el Asegurado ha sido certificado dentro de los últimos 12 meses por un Profesional de Atención Médica Licenciado como permanentemente incapaz de realizar, sin Asistencia Sustancial de otra persona, al menos dos de cinco Actividades de la Vida Diaria por un período de al menos 90 días debido a una pérdida de la capacidad funcional; o que requiere Supervisión Sustancial debido a un Deterioro Cognitivo Severo permanente. El máximo pagadero es el 50% de los Ingresos elegibles disponibles al momento de la reclamación, lo que sea menor, pagadero en dos pagos anuales iguales hasta un máximo del 25% de los Ingresos elegibles por año durante dos años consecutivos; o \$100,000 pagaderos en dos pagos anuales iguales hasta un máximo de \$50,000 por año durante dos años consecutivos. Se requiere una prima para mantener esta cláusula vigente.

El pago de un Beneficio Acelerado por Enfermedad a Largo Plazo, si es elegido, tendrá el siguiente efecto en su contrato:

- Tras el pago del Beneficio Acelerado, la cláusula terminará y no se adeudarán beneficios adicionales en virtud de la cláusula, incluso en caso de recurrencia. La póliza permanecerá en vigor y las primas se seguirán facturando y pagando a su vencimiento.
- Los ingresos de la póliza pagaderos a la muerte del Asegurado se reducirán por el monto del Beneficio Acelerado.
- Los valores en efectivo, si los hubiere, continuarán acumulándose según lo especificado en su póliza o cláusula adicional. Los valores en efectivo se ajustarán proporcionalmente por el porcentaje de pago acelerado.
- Cualquier préstamo de póliza pendiente, incluidos los intereses, se reducirá proporcionalmente por el porcentaje acelerado y se deducirá del pago del Beneficio Acelerado.
- **El Beneficio Acelerado reducirá el Monto del Beneficio y se aplicará inmediatamente después de la aceleración.**

ICC14 DN111

La aceleración de los beneficios del seguro de vida que se ofrece en virtud de esta póliza está destinada a calificar para un tratamiento fiscal favorable conforme al Código de Rentas Internas de 1986. Si la aceleración de los beneficios del seguro de vida califica para dicho tratamiento fiscal favorable, los beneficios serán excluibles de sus ingresos y no sujetos a impuestos federales. Las leyes fiscales relacionadas con la aceleración de los beneficios del seguro de vida son complejas. Se le recomienda consultar con un asesor fiscal calificado en circunstancias en las que podría recibir la aceleración de los beneficios del seguro de vida excluibles de los ingresos según la ley federal.

La recepción de la aceleración de los beneficios del seguro de vida puede afectar su elegibilidad, la de su cónyuge o la de su familia para programas de asistencia pública como asistencia médica (Medicaid), Ayuda para familias con niños dependientes (AFDC), ingreso suplementario del seguro social (SSI) y programas de asistencia para medicamentos. Se le recomienda consultar con un asesor fiscal calificado y con las agencias de servicios sociales acerca de cómo la recepción de dicho pago afectará la elegibilidad de usted, su cónyuge y su familia para recibir asistencia pública.

Este folleto no constituye la póliza completa y su objetivo es proporcionar información básica sobre el producto de seguro de vida temporal renovable y convertible de American Fidelity Assurance Company, serie ICC14 RCTL14 / RCTL14. Para obtener detalles específicos, limitaciones y exclusiones, consulte su póliza, cláusulas adicionales. Consulte a su asesor fiscal para su situación específica. Esta póliza no es elegible bajo la Sección 125. La disponibilidad de cláusulas adicionales puede variar según el estado.

No pagaremos los ingresos de la póliza si el asegurado se suicida, ya sea durante estado de cordura o demencia, durante el período de tiempo descrito en la póliza del asegurado, a partir de la fecha de entrada en vigencia. En su lugar, devolveremos todas las primas pagadas.

Suscrita y administrada por:

AMERICAN FIDELITY 
a different opinion

American Fidelity Assurance Company
9000 Cameron Parkway
Oklahoma City, Oklahoma 73114
800-654-8489
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

- Usted es dueño de la póliza, incluso si cambia de trabajo o se jubila.
- La póliza permanece vigente hasta su muerte o hasta los 121 años si paga 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.



UN SEGURO DE VIDA QUE USTED MANTIENE

PURELIFE-PLUS

El seguro de vida puede ser una forma ideal de proporcionarle dinero a su familia cuando más lo necesita. PURELIFE-PLUS ofrece un seguro permanente con una elevada indemnización por fallecimiento y garantías prolongadas¹ que pueden brindarle tranquilidad financiera a usted y a sus seres queridos. PURELIFE-PLUS es un complemento ideal para cualquier seguro de vida temporal colectivo y adicional que su empleador pueda proporcionar y tiene las siguientes características:



ES ASEQUIBLE
USTED ES EL DUEÑO



PUEDA LLEVARLO CON USTED
CUANDO CAMBIE DE TRABAJO
O SE JUBILE



LO PAGA A TRAVÉS DE CÓMODAS
DEDUCCIONES SALARIALES



TAMBIÉN PUEDE OBTENER
COBERTURA PARA SU
CÓNYUGE, HIJOS Y NIETOS²



PUEDA OBTENER UN BENEFICIO
EN VIDA SI LE DIAGNOSTICAN
UNA ENFERMEDAD TERMINAL³



PUEDA OBTENER DINERO
EN EFECTIVO PARA CUBRIR
GASTOS BÁSICOS EN CASO DE
QUE LE DIAGNOSTIQUEN UNA
ENFERMEDAD CRÓNICA⁴

3 PREGUNTAS RÁPIDAS

Puede calificar para obtener el seguro al responder solo 3 preguntas, sin exámenes ni agujas.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EL ASEGURADO POTENCIAL:

1. ¿Ha trabajado activamente en un empleo de tiempo completo en el cual llevaba a cabo tareas habituales?
2. ¿Se ha ausentado del trabajo debido a una enfermedad o un tratamiento médico durante un período de más de 5 días hábiles consecutivos?
3. ¿Ha estado discapacitado o se ha sometido a exámenes, tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital u hogar de ancianos, o se ha sometido a quimioterapia, terapia hormonal para el cáncer, radiación, tratamiento de diálisis o tratamiento por abuso de alcohol o drogas?

1 Las garantías están sujetas a términos, limitaciones, exclusiones del producto y a la capacidad de pago de reclamaciones y solidez financiera de la aseguradora.
 2 Cobertura no disponible para hijos en WA o nietos en WA o MD. En MD, los hijos deben vivir con el solicitante para ser elegibles para la cobertura.
 3 Se aplican condiciones. Formulario serie ULABR-07 o Formulario ICC07-ULABR-07 de la cláusula adicional de indemnización adelantada del seguro por fallecimiento debido a una enfermedad terminal.
 4 Cláusula adicional por enfermedad crónica disponible por un costo adicional para empleados únicamente. Se aplican condiciones. Formulario ICC15-ULABR-CI-15 o Formulario serie ULABR-CI-15.

PureLife-plus es un seguro de vida ajustable con prima flexible hasta los 121 años de edad. Al igual que con la mayoría de los productos de seguro de vida, los contratos y cláusulas adicionales de Texas Life incluyen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, periodos de espera y términos para mantenerlos en vigencia. Póngase en contacto con un representante de Texas Life o consulte el folleto de PureLife-plus para conocer los costos y los detalles completos. Formulario de contrato ICC18-PRFNG-NI-18 o Formulario serie PRFNG-NI-18. Texas Life está autorizada para hacer negocios en el Distrito de Columbia y en todos los estados, excepto Nueva York.



TEXASLIFE INSURANCE COMPANY

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

El agente o la agencia que ofrece esta cobertura no está afiliado a Texas Life, excepto para comercializar sus productos. Los pagos de reclamaciones son responsabilidad de Texas Life Insurance Company.

PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Sin Tabaco — Emisión Exprés

Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59) y Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica (todas las edades)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		13.05	23.85	34.65	45.45	67.05	88.65	110.25	131.85	75
21-22		13.33	24.40	35.48	46.55	68.70	90.85	113.00	135.15	74
23		13.60	24.95	36.30	47.65	70.35	93.05	115.75	138.45	75
24-25		13.88	25.50	37.13	48.75	72.00	95.25	118.50	141.75	74
26		14.43	26.60	38.78	50.95	75.30	99.65	124.00	148.35	75
27-28		14.70	27.15	39.60	52.05	76.95	101.85	126.75	151.65	74
29		14.98	27.70	40.43	53.15	78.60	104.05	129.50	154.95	74
30-31		15.25	28.25	41.25	54.25	80.25	106.25	132.25	158.25	73
32		16.08	29.90	43.73	57.55	85.20	112.85	140.50	168.15	74
33		16.63	31.00	45.38	59.75	88.50	117.25	146.00	174.75	74
34		17.45	32.65	47.85	63.05	93.45	123.85	154.25	184.65	75
35		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	76
36		19.10	35.95	52.80	69.65	103.35	137.05	170.75	204.45	76
37		19.93	37.60	55.28	72.95	108.30	143.65	179.00	214.35	77
38		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	77
39		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	78
40	10.75	23.50	44.75	66.00	87.25	129.75	172.25	214.75	257.25	79
41	11.52	25.43	48.60	71.78	94.95	141.30	187.65	234.00	280.35	80
42	12.40	27.63	53.00	78.38	103.75	154.50	205.25	256.00	306.75	81
43	13.17	29.55	56.85	84.15	111.45	166.05	220.65	275.25	329.85	82
44	13.94	31.48	60.70	89.93	119.15	177.60	236.05	294.50	352.95	83
45	14.71	33.40	64.55	95.70	126.85	189.15	251.45	313.75	376.05	83
46	15.59	35.60	68.95	102.30	135.65	202.35	269.05	335.75	402.45	84
47	16.36	37.53	72.80	108.08	143.35	213.90	284.45	355.00	425.55	84
48	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	85
49	18.12	41.93	81.60	121.28	160.95	240.30	319.65	399.00	478.35	85
50	19.22	44.68	87.10	129.53	171.95					86
51	20.54	47.98	93.70	139.43	185.15					87
52	21.97	51.55	100.85	150.15	199.45					88
53	23.07	54.30	106.35	158.40	210.45					88
54	24.17	57.05	111.85	166.65	221.45					88
55	25.38	60.08	117.90	175.73	233.55					89
56	26.48	62.83	123.40	183.98	244.55					89
57	27.80	66.13	130.00	193.88	257.75					89
58	29.01	69.15	136.05	202.95	269.85					89
59	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					89
60	31.18	74.58	146.90	219.23	291.55					90
61	32.61	78.15	154.05	229.95	305.85					90
62	34.37	82.55	162.85	243.15	323.45					90
63	36.13	86.95	171.65	256.35	341.05					90
64	38.00	91.63	181.00	270.38	359.75					90
65	40.09	96.85	191.45	286.05	380.65					90
66	42.40									90
67	44.93									91
68	47.68									91
69	50.43									91
70	53.29									91

HIJOS Y NIETOS (SIN TABACO)
 con Cláusula Adicional por Muerte Accidental
 Cobertura para nietos disponible hasta los 18 años.

Edad de emisión	Prima		Período Garantizado
	\$25,000	\$50,000	
15D-1	9.25	16.25	81
2-4	9.50	16.75	80
5-8	9.75	17.25	79
9-10	10.00	17.75	79
11-16	10.25	18.25	77
17-20	12.25	22.25	75
21-22	12.50	22.75	74
23	12.75	23.25	75
24-25	13.00	23.75	74
26	13.50	24.75	75

Indica que la cobertura del cónyuge está disponible

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".

Formulario ICC18-PRFNG-NI-18, Serie de Formularios PRFNG-NI-18 o PRFNG-NI-20-OHIO
 Formulario de Cláusula Adicional de Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 o CA-ULABR-CI-18, Formulario de Beneficio por Muerte Accidental ICC 07-ULCL-ADB-07 o Serie de Formularios ULCL-ADB-07
 23M014-C-M FFGA-NT 1-1012 (vence 0325)

PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Tabaco — Emisión Exprés

Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59) y Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica (todas las edades)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	71
21-22		19.38	36.50	53.63	70.75	105.00	139.25	173.50	207.75	71
23		20.20	38.15	56.10	74.05	109.95	145.85	181.75	217.65	72
24-25		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	71
26		21.30	40.35	59.40	78.45	116.55	154.65	192.75	230.85	72
27-28		21.85	41.45	61.05	80.65	119.85	159.05	198.25	237.45	71
29		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	71
30-31		24.88	47.50	70.13	92.75	138.00	183.25	228.50	273.75	72
32		25.70	49.15	72.60	96.05	142.95	189.85	236.75	283.65	72
33		25.98	49.70	73.43	97.15	144.60	192.05	239.50	286.95	72
34		26.25	50.25	74.25	98.25	146.25	194.25	242.25	290.25	71
35		28.18	54.10	80.03	105.95	157.80	209.65	261.50	313.35	72
36		29.00	55.75	82.50	109.25	162.75	216.25	269.75	323.25	72
37		30.93	59.60	88.28	116.95	174.30	231.65	289.00	346.35	73
38		31.75	61.25	90.75	120.25	179.25	238.25	297.25	356.25	73
39		33.95	65.65	97.35	129.05	192.45	255.85	319.25	382.65	74
40	16.14	36.98	71.70	106.43	141.15	210.60	280.05	349.50	418.95	76
41	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	77
42	18.34	42.48	82.70	122.93	163.15	243.60	324.05	404.50	484.95	78
43	19.88	46.33	90.40	134.48	178.55	266.70	354.85	443.00	531.15	80
44	20.65	48.25	94.25	140.25	186.25	278.25	370.25	462.25	554.25	80
45	21.75	51.00	99.75	148.50	197.25	294.75	392.25	489.75	587.25	81
46	22.63	53.20	104.15	155.10	206.05	307.95	409.85	511.75	613.65	81
47	23.73	55.95	109.65	163.35	217.05	324.45	431.85	539.25	646.65	82
48	24.72	58.43	114.60	170.78	226.95	339.30	451.65	564.00	676.35	82
49	26.15	62.00	121.75	181.50	241.25	360.75	480.25	599.75	719.25	83
50	27.36	65.03	127.80	190.58	253.35					83
51	28.57	68.05	133.85	199.65	265.45					83
52	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					84
53	31.87	76.30	150.35	224.40	298.45					85
54	33.30	79.88	157.50	235.13	312.75					85
55	34.84	83.73	165.20	246.68	328.15					85
56	36.60	88.13	174.00	259.88	345.75					85
57	38.36	92.53	182.80	273.08	363.35					86
58	40.23	97.20	192.15	287.10	382.05					86
59	42.10	101.88	201.50	301.13	400.75					86
60	43.28	104.83	207.40	309.98	412.55					86
61	45.81	111.15	220.05	328.95	437.85					86
62	48.23	117.20	232.15	347.10	462.05					87
63	50.65	123.25	244.25	365.25	486.25					87
64	53.07	129.30	256.35	383.40	510.45					87
65	55.71	135.90	269.55	403.20	536.85					87
66	58.57									88
67	61.65									88
68	64.84									88
69	68.25									88
70	71.88									89

HIJOS Y NIETOS (TABACO)
 con Cláusula Adicional por Muerte Accidental
 Cobertura para nietos disponible hasta los 18 años.

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".

Formulario ICC18-PRFNG-NI-18, Serie de Formularios PRFNG-NI-18 o PRFNG-NI-20-OHIO
 Formulario de Cláusula Adicional de Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 o CA-ULABR-CI-18, Formulario de Beneficio por Muerte Accidental ICC 07-ULCL-ADB-07 o Serie de Formularios ULCL-ADB-07
 23M014-C-M FFGA-NT 1-1012 (vence 0325)

Edad de emisión	Prima		Período Garantizado
	\$25,000	\$50,000	
17-20	17.25	32.25	71
21-22	18.00	33.75	71
23	18.75	35.25	72
24-25	19.25	36.25	71
26	19.75	37.25	72

Indica que la cobertura del cónyuge está disponible

SEGURO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

CHUBB | www.combinedinsurance.com | 1.855.241.9891

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.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

AFLAC | www.AflacGroupInsurance.com | 1.800.433.3036

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 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

<p>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.</p>	<p>Hasta \$5,000 basado en un programa</p>	<p>Hasta \$4,000 basado en un programa</p>
<p>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.</p>	<p>Hasta \$5,000 basado en un programa</p>	<p>Hasta \$4,000 basado en un programa</p>
<p>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):</p>		
<p>Menos de 15 centímetros</p>	<p>\$200</p>	<p>\$100</p>
<p>5-15 centímetros</p>	<p>\$100</p>	<p>\$50</p>
<p>Más de 5 centímetros</p>	<p>\$50</p>	<p>\$25</p>
<p>Laceraciones que no requieren puntos</p>	<p>\$25</p>	<p>\$12.50</p>
<p>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.</p>	<p>\$450</p>	<p>\$350</p>
<p>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).</p>	<p>\$50</p>	<p>\$25</p>
<p>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.</p>	<p>\$50</p>	<p>\$25</p>
<p>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.</p>	<p>\$750</p>	<p>\$500</p>
<p>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.</p>	<p>\$300 Aéreo \$150 Cualquier transporte terrestre</p>	<p>\$150 Aéreo \$75 Cualquier transporte terrestre</p>

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
<p>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.</p>		
<p>Bastón, Tobillera</p>	\$40	\$20
<p>Andador, Muletas, Aparatos Ortopédicos para la Pierna, Collar Cervical, Bota Ortopédica, Silla de Ruedas, Andador de Rodilla, Corsé Torácico, Soporte Ortopédico para la Espalda</p>	\$100	\$50
<p>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.</p>	\$125	\$100
<p>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.</p>	\$75 por día	\$50 por día
<p>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.</p>	\$30	\$20
<p>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.</p>	\$50	\$30

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN	ALTO	BAJO
<p>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.</p> <p>Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, por tratamiento en sala de emergencia ni por tratamiento ambulatorio.</p>	<p>\$1,500 por hospitalización</p>	<p>\$1,000 por hospitalización</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>\$300 por día</p>	<p>\$225 por día</p>
<p>CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.</p>	<p>\$300 por día</p>	<p>\$225 por día</p>
<p>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)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>\$150 por día</p>	<p>\$100 por día</p>
CLÁUSULA ADICIONAL DE PRUEBAS PREVENTIVAS		
<p>BENEFICIO DE PRUEBAS PREVENTIVAS (una vez por año calendario)</p> <p>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.</p>	<p>\$75 Primer año del certificado y en adelante</p>	<p>\$50 Primer año del certificado y en adelante</p>
CLÁUSULA ADICIONAL DE ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA		
<p>BENEFICIO POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA</p> <p>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.</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>

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 un acto o una actividad ilegal 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 Anomalía 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)

Plan Alto

Lamar CISD-TX

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

SEGURO CONTRA EL CÁNCER

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 1.800.662.1113

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 él 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 a través de una conveniente deducción de nómina para garantizar que su póliza permanezca vigente 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.

Plan de Seguro contra el CÁNCER C11

Suscrito por American Fidelity Assurance Company



Póliza de Seguro de Gastos de Cáncer de Beneficios Limitados



Comercializado por:
First Financial Capital Corporation
P.O. Box 670329 • Houston, TX 77267-0329 Local
(281) 847-8422 | Gratuito (800) 523-8422
www.ffga.com

Seguro contra el Cáncer C11

Céntrese en la lucha

Un diagnóstico de Cáncer puede ser un desgaste tanto físico como emocional. Pero gracias a los avances en la medicina y los procedimientos para tratar el Cáncer, cada vez más personas vencen la enfermedad. Sin embargo, con la llegada de estos avances también viene el continuo aumento en el costo del tratamiento del Cáncer.

El Seguro contra el Cáncer Individual de Beneficios Limitados AF™ ofrece una solución para ayudarlo a usted y a su familia a concentrarse en combatir la enfermedad.

Beneficios del Seguro contra el Cáncer

Con más de 25 beneficios diseñados específicamente para ayudar con el impacto financiero de un diagnóstico, el **Seguro contra el Cáncer Individual** puede ayudar a pagar los gastos que no cubre su seguro médico principal.

Los ejemplos de beneficios del seguro contra el cáncer incluyen:



Tratamiento Experimental

Este beneficio puede ayudar a pagar el tratamiento experimental para brindarle alternativas en su curación. Es posible que estos tipos de tratamiento no estén cubiertos por los principales planes médicos.



Transporte y Alojamiento

Este beneficio puede ayudar a pagar el transporte y el alojamiento calificados para el paciente y un familiar.

Aspectos destacados del plan

Este plan está diseñado para ayudar a cubrir los gastos, en caso de que le diagnostiquen cáncer. Con más de 25 beneficios del plan integrados, este plan brinda beneficios para el tratamiento del cáncer, transporte, hospitalización y más.

Además, este plan es transferible, por lo que usted es dueño de la póliza. Puede llevarse la cobertura con usted si decide dejar su trabajo actual, y sus primas no aumentarán porque dejó su empleo.

Características del Seguro contra el Cáncer de Beneficios Limitados de American Fidelity:

- Ayuda a cubrir los gastos para el tratamiento del Cáncer, transporte, hospitalización y más.
- Los beneficios se pagan directamente a usted para que los utilice como mejor le parezca.
- Transferible para que se lo lleve consigo incluso si deja el empleo.
- **Opciones de cobertura disponibles** para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años.

BENEFICIO DE DETECCIÓN⁺

Reciba un beneficio para su prueba anual de detección de cáncer interno, que incluye, entre otros, mamografía, PAP, análisis de sangre para el antígeno prostático específico (APE), radiografía de tórax, sigmoidoscopia flexible, prueba de Papanicolaou ThinPrep y colonoscopia.

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (por año calendario)

Básico

\$60

Mejorado

\$75

Opciones de planes

Puede aprovechar las siguientes opciones para extender la cobertura a su familia:

- **Plan Individual**
El Asegurado, de 18 a 70 años de edad, a la fecha de emisión de la póliza, es la única Persona Cubierta.
- **Plan Familiar Monoparental**
El Asegurado, de 18 a 70 años de edad, a la fecha de emisión de la póliza, y cada Hijo Elegible, hasta los 26 años de edad, o según se define en la póliza.
- **Plan Familiar**
El Asegurado y su cónyuge de 18 a 70 años de edad, a la fecha de emisión de la póliza, y el Hijo Elegible, hasta los 26 años de edad, o según se define en la póliza.

⁺La prima y el monto de los beneficios varían según el plan seleccionado.

Tabla de Beneficios por Plan⁺

Comercializado por: First Financial Group of America

	Básico	Mejorado
BENEFICIOS DE DETECCIÓN		
Beneficio de diagnóstico y prevención (uno por año calendario)	\$60	\$75
Beneficio de detección y seguimiento del cáncer (uno por año calendario)	\$60	\$75
BENEFICIOS DE TRATAMIENTO		
Beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia (por período de 12 meses) (cargos reales)	hasta \$15,000	hasta \$20,000
Beneficio de imágenes médicas (por imagen - máx. 2 por año calendario)	\$200	\$300
Beneficio de terapia hormonal (por tratamiento - máx. 12 tratamientos/año calendario)	\$50	\$50
Beneficio administrativo/análisis de laboratorio (por mes calendario)	\$75	\$100
Beneficio de sangre, plasma y plaquetas (por día) (máximo por año calendario)	\$150 \$7,500	\$200 \$10,000
Beneficio de tratamiento experimental	Pagado como cualquier beneficio no exp.	
Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre		
Autólogo (proporcionado por el paciente) (por año calendario)	\$1,000	\$1,500
No autólogo (proporcionado por el donante) (por año calendario)	\$3,000	\$4,500
Beneficio de donante	\$1,000 por donación	
Beneficio de servicios especiales de enfermería para pacientes internados (beneficio por día mientras está internado en el hospital)	\$150	\$150
Beneficio de enfermedad temible (beneficio por día durante los primeros 30 días por hospitalización) (beneficio por día a partir de entonces)	\$200 \$400	\$300 \$600
BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		
Beneficio de hospitalización* (por día durante los primeros 30 días) (por día después de los primeros 30 días de Hospitalización)	\$200 \$400	\$300 \$600
Beneficio de farmacéuticos y medicamentos Hospitalización (por hospitalización)	\$200	\$300
Paciente ambulatorio (por receta - máximo mensual de \$100 para Básico; \$150 para Mejorado) por mes calendario	\$50	\$50
Beneficio de médico tratante (por día mientras está hospitalizado)	\$40	\$50
Beneficio de Hospital del Gobierno de EE. UU./Caridad o HMO (por día en lugar de la mayoría de los beneficios)		
Hospitalización	\$200	\$300
Servicios ambulatorios	\$200	\$300
BENEFICIOS DE AMBULANCIA, TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO		
Beneficio de ambulancia (por viaje - max 2 viajes cualquier combinación por confinamiento)		
Terrestre	\$200	\$200
Aérea	\$2,000	\$2,000
Beneficio de transporte y alojamiento (paciente y/o familia)		
Transporte (\$1,500 máx. por viaje de ida y vuelta; máx. 12 viajes/año calendario)	Tarifa de autobús o \$0.50/milla en automóvil	Tarifa de autobús o \$0.50/milla en automóvil
Alojamiento de paciente ambulatorio (por día hasta 90 días por año calendario)	\$60	\$80

Tabla de Beneficios por Plan⁺ (continuación)

	Básico	Mejorado
BENEFICIOS DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS		
Beneficio Quirúrgico <i>Monto unitario en dólares (por unidad quirúrgica)</i> <i>Máximo por operación</i>	\$30 \$3,000	\$40 \$4,000
Beneficio de anestesia	25% del monto pagado por la cirugía cubierta	
Beneficio de hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio (por día)	\$400	\$600
Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica <i>(por diagnóstico)(\$300 adicionales para la tercera si es necesaria)</i>	\$300	\$300
BENEFICIOS DE ATENCIÓN CONTINUA		
Beneficio de prótesis No quirúrgico <i>(por dispositivo - 1 por sitio, máx. de por vida de 3)</i> Implantación quirúrgica <i>(por dispositivo, incluye tarifa quirúrgica - 1 por sitio, máximo de por vida de 2)</i> Prótesis capilar <i>(una vez por vida)</i>	\$150 \$1,500 \$150	\$200 \$2,000 \$200
Beneficio de centro de atención prolongada <i>(por día hasta igual número de días de Hospitalización pagada)</i>	\$75	\$100
Beneficio de terapia física o del habla <i>(por visita hasta 4 por mes calendario - máximo de por vida de \$1,000)</i>	\$25	\$25
Beneficio de cuidados paliativos <i>(por día - \$13,500 máximo de por vida para Básico; \$18,000 máximo de por vida para Mejorado)</i>	\$75	\$100
Beneficio de cuidado de la salud en el hogar <i>(por día hasta igual número de días de Hospitalización pagada)</i>	\$75	\$100
Exención de la prima <i>(mientras el asegurado principal permanezca incapacitado)</i>	después de 90 días continuos de incapacidad	

Consulte los Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan para obtener Descripciones de Beneficios y límites más completos en el Plan de Seguro contra el Cáncer.

Mejore su plan⁺⁺

Cláusula adicional de enfermedad grave

Gracias a la tecnología médica, más personas sobreviven a enfermedades graves. Este anexo está diseñado para ayudar con el costo asociado con la supervivencia de este tipo de enfermedades.

Beneficio de cáncer <i>(por unidad - máximo \$10,000)</i>	\$2,500
Beneficio de ataque cardíaco/derrame cerebral <i>(por unidad - máximo \$10,000)</i>	\$2,500

Resumen de beneficios de la cláusula adicional de enfermedad grave:

- Paga cuando se diagnostica después del Período de Espera por Enfermedad Grave de 30 días con Cáncer Interno o Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular, dependiendo de la cobertura de Enfermedad Grave elegida al momento de la solicitud.
- Paga el Monto Máximo del Beneficio especificado por Enfermedad Grave Cubierta, como se define en esta cláusula adicional (esta cláusula adicional sólo paga un beneficio por lo que ocurra primero entre un ataque cardíaco o un derrame cerebral).
- Cada beneficio es un beneficio que se paga una sola vez.
- Todos los montos por Enfermedad Grave se reducen en un 50% a los 70 años.

+ La prima y el monto de los beneficios proporcionados varían según el plan seleccionado.

++La disponibilidad de las cláusulas adicionales puede variar según el estado y el empleador. Las cláusulas adicionales están sujetas a nuestras pautas generales de suscripción y la cobertura no está garantizada.

Cláusula adicional de unidad de cuidados intensivos del hospital

Esta cláusula puede proporcionar un beneficio para ayudar pagando por cada día que una Persona Cubierta esté internada en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), según se define en la cláusula.

Beneficio de Internamiento en la UCI <i>(por día hasta 30 días)</i>	\$600
Beneficio de ambulancia <i>(por ingreso en una UCI)</i>	\$100

Resumen de beneficios de la cláusula adicional de la UCI del hospital:

- El internamiento debe deberse a un accidente o enfermedad y debe comenzar después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura conforme a esta cláusula.
- Un día se define como un período de 24 horas.
- Si está internado en una UCI durante una parte del día, se pagará una parte proporcional del beneficio diario.
- Para cargos de ambulancia, \$100 por transporte a un Hospital donde la Persona Cubierta es admitida en una UCI dentro de las 24 horas de su llegada.
- Todos los montos de UCI se reducen en un 50% a los 70 años.

Aspectos destacados de los beneficios del plan

Aspectos destacados de los beneficios del plan

Sólo pérdida por cáncer La póliza paga sólo por la pérdida resultante del tratamiento definitivo del cáncer, incluida la extensión directa, la diseminación metastásica o la recurrencia. Se deben presentar pruebas para respaldar cada reclamación. La póliza también cubre otras condiciones o enfermedades causadas directamente por el Cáncer o el tratamiento del Cáncer. La póliza no cubre ninguna otra enfermedad, dolencia o incapacidad, aunque después de contraer el Cáncer se haya visto agravada o afectada por el Cáncer o el tratamiento del Cáncer, excepto por las condiciones específicamente previstas en el beneficio de enfermedad temible.

Cáncer significa una enfermedad que se manifiesta por un crecimiento autónomo (malignidad) en el que hay un crecimiento, función o diseminación (local o distante) incontrolados de células en cualquier parte del cuerpo. Esto incluye el cáncer in situ y el melanoma maligno. No incluye otras condiciones que pueden ser consideradas precancerosas o con potencial maligno tales como: leucoplasia; hiperplasia; policitemia; queratosis actínica; trastornos mieloproliferativos mielodisplásicos y no malignos; anemia aplásica; atipia; gammapatía monoclonal no maligna; carcinoide; o lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

Todo diagnóstico de cáncer debe ser diagnosticado positivamente por un médico con licencia legal certificado por la Junta Estadounidense de Patología o la Junta Estadounidense de Patología Osteopática. **Los beneficios de esta póliza pagan el monto del beneficio que se muestra por persona cubierta debido a un cáncer cubierto, a menos que se especifique lo contrario.**

Beneficio de diagnóstico, prevención y detección de cáncer Paga por una prueba de detección de cáncer interno médicamente reconocida de forma general cuando se incurre en un cargo por la prueba. Las pruebas incluyen, entre otras, mamografía, prueba de Papanicolaou ThinPrep, análisis de sangre del antígeno prostático específico (APE), colonoscopia y radiografía de tórax. Consulte la política para obtener más ejemplos. Las pruebas de detección pagaderas bajo este beneficio SÓLO se pagarán bajo este beneficio y no incluyen ninguna prueba pagadera bajo el beneficio de imágenes médicas. Este beneficio está disponible sin un diagnóstico de Cáncer.

Beneficio de seguimiento de detección de cáncer Pagadero por una prueba de detección de seguimiento invasiva necesaria debido a un resultado anormal de una prueba de detección cubierta. Las cirugías de diagnóstico que den como resultado un diagnóstico positivo de cáncer se pagarán con cargo al beneficio quirúrgico.

Beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia Paga los cargos reales hasta el monto máximo que se muestra cuando se recibe radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia según se define en la póliza, por un período de 12 meses. El período de 12 meses comienza el primer día en que se recibe la radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia cubiertas. Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados con la radiación/quimioterapia/inmunoterapia. Este beneficio no incluye ningún fármaco/medicamento cubierto por el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de terapia hormonal. Cargos reales significa el monto realmente pagado por o en nombre de la persona asegurada y aceptado por el proveedor por los servicios prestados.

Beneficio de imágenes médicas Paga el monto de la indemnización por una resonancia magnética; tomografía computarizada; tomografía axial computarizada; o tomografía por emisión de positrones cuando se realiza a pedido de un médico.

Beneficio de terapia hormonal No se incluyen los fármacos y medicamentos cubiertos por el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia. Este beneficio no cubre los procesos administrativos asociados.

Beneficio administrativo/análisis de laboratorio Paga cuando se realizan 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 Los beneficios de sangre, plasma y plaquetas sólo se brindan bajo este beneficio. Los procesos de laboratorio y los factores estimulantes de colonias no están cubiertos.

Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre Este beneficio no cubre la extracción de médula ósea o células madre de un donante.

Beneficio de Hospitalización Pagadero mientras esté internado en un Hospital durante al menos 18 horas continuas. *Un Hospital no es una institución, o parte de ella, utilizada como: una unidad de hospicio, incluida cualquier cama designada como hospicio o cama de emergencia; un hogar de convalecientes; un centro de descanso o enfermería; un centro de rehabilitación; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o una instalación que brinda principalmente atención de custodia, educativa, o atención o tratamiento para personas que padecen enfermedades o trastornos mentales, o atención para ancianos, o adicción a las drogas o al alcohol. Este beneficio no es pagadero por tratamiento ambulatorio.

Beneficio de fármacos y medicamentos Paga los medicamentos contra las náuseas y el dolor recetados por un médico y administrados mientras recibe radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia, una cirugía cubierta o un trasplante de médula ósea/células madre. No incluye procesos administrativos asociados ni fármacos o medicamentos cubiertos por el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia o el beneficio de hormonoterapia.

Beneficio de médico tratante Paga la visita de un médico por día cuando se requieren los servicios de un médico, que no sea un cirujano, mientras está internado en un Hospital.

Beneficio de Hospital del Gobierno de EE. UU./Caridad/HMO Pagadero cuando una lista detallada de servicios no está disponible debido a una hospitalización en un hospital de caridad o un hospital que pertenece u opera el gobierno de los EE. UU. o está cubierto por una HMO o un grupo relacionado con el diagnóstico donde no se cobran cargos por el tratamiento del cáncer o una enfermedad temible cubierta. Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los beneficios cubiertos por esta póliza.

Beneficio de ambulancia Si se requieren los servicios de ambulancia aérea y terrestre el mismo día, sólo pagaremos el monto de beneficio más alto. La persona cubierta debe estar internada y recluida en el Hospital durante al menos 18 horas consecutivas.

Beneficios de transporte y alojamiento Paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren programados, o por automóvil y alojamiento para pacientes ambulatorios para recibir radioterapia, quimioterapia o tratamiento de inmunoterapia, trasplante de médula ósea o células madre, o cirugía en un Hospital que no esté disponible localmente y al menos a 50 millas de la residencia de la persona cubierta. Pagadero por la persona cubierta y un miembro adulto de la familia. Si viaja en el mismo automóvil o se aloja en la misma habitación, el beneficio es pagadero únicamente para la persona cubierta. El viaje debe ser dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Beneficio quirúrgico Pagadero cuando se realiza una operación quirúrgica por cáncer diagnosticado cubierto, cáncer de piel o cirugía reconstructiva debido a cáncer. Los beneficios se calculan hasta un beneficio máximo al multiplicar el valor de la unidad quirúrgica asignada al procedimiento, como se muestra en la tabla de valores relativos del médico más reciente, por el monto en dólares de la unidad que se muestra en la póliza. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarían una sola operación y los beneficios se limitarían al procedimiento más costoso. Las cirugías de diagnóstico que resultan en un diagnóstico negativo de cáncer no están cubiertas por este beneficio. Las cirugías de médula ósea, las cirugías para implantar un dispositivo protésico permanente, no están cubiertas por este beneficio. Este beneficio es pagadero por cirugía reconstructiva de seno realizada en un seno no enfermo para establecer simetría con un seno enfermo cuando se realiza cirugía reconstructiva en el seno enfermo mientras está cubierto por esta póliza. La cirugía reconstructiva del seno no enfermo debe realizarse dentro de los 24 meses posteriores a la cirugía reconstructiva del seno enfermo.

Aspectos destacados de los beneficios del plan (continuación)

Beneficio de anestesia No están cubiertos los servicios de un anesthesiologo para trasplantes de médula ósea, cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica.

Beneficio de hospital para pacientes ambulatorios o centro quirúrgico ambulatorio Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos.

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 no está de acuerdo con la primera. Las opiniones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas.

Beneficio de prótesis Pagadero por un dispositivo protésico y, en caso de requerir cirugía, su implantación quirúrgica. Los suministros relacionados con prótesis, como sostenes especiales o bolsas y suministros para ostomía, no están cubiertos. **El beneficio de prótesis capilar** se paga una vez por persona cubierta de por vida cuando se necesita una prótesis capilar.

Beneficio de centro de atención prolongada Paga por hospitalización autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días posteriores a una hospitalización.

Beneficio de terapia física o del habla La terapia debe ser proporcionada por un cuidador con licencia en terapia física o del habla.

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

Beneficio de cuidado de la salud en el hogar Paga la atención de enfermería privada autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días posteriores a una hospitalización. Este beneficio no incluye asesoramiento nutricional, servicios médicos sociales, suministros médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipo médico duradero, fármacos o medicamentos, cuidado de niños, comidas o servicios de limpieza, o terapia física o del habla. El servicio debe ser prestado por una enfermera o auxiliar de enfermería domiciliaria y no puede ser un familiar.

Beneficio de exención de la prima Si el asegurado principal queda discapacitado debido al cáncer y permanece así durante más de 90 días continuos, pagaremos todas las primas de la póliza y las cláusulas adicionales adeudadas después del día 90, siempre que el asegurado principal permanezca discapacitado. "Discapacitado" significa la incapacidad del asegurado principal debido a Cáncer: para trabajar en cualquier trabajo para el cual esté calificado por educación, capacitación o experiencia; no trabajar en ningún trabajo por pago o beneficios; y bajo el cuidado de un médico para el tratamiento del Cáncer. La póliza debe estar vigente en el momento en que comienza la discapacidad y el asegurado principal debe tener menos de 65 años.

Beneficio de tratamiento experimental Los beneficios para el tratamiento experimental recetado por un médico para el tratamiento del Cáncer se proporcionarán de la misma manera que el tratamiento no experimental. No se proporciona 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 cubierta por una cirugía cubierta debido a un trasplante de órganos o un trasplante de médula ósea/células madre. Los gastos de donantes de sangre no están cubiertos por este beneficio.

Beneficio de enfermedad temible Las enfermedades temibles cubiertas son: enfermedad de Addison; la esclerosis lateral amiotrófica; fibrosis quística; difteria; encefalitis; epilepsia gran mal; legionelosis; meningitis; esclerosis múltiple; distrofia muscular; Miastenia gravis; enfermedad de niemann-pick; osteomielitis; poliomiélitis; Síndrome de Reye; fiebre reumática; fiebre maculosa de las Montañas Rocosas; anemia falciforme; lupus eritematoso sistémico; enfermedad de Tay-Sachs; tétanos; epidérmica tóxica; síndrome de shock tóxico; tuberculosis; tularemia; fiebre tifoidea; enfermedad de Whipple.

Beneficio de servicios especiales de enfermería para pacientes internados Paga cuando está internado en el Hospital y recibe atención de enfermería especial autorizada por un médico (que no sea la que proporciona regularmente un Hospital) durante al menos 8 horas consecutivas durante un período de 24 horas.

Consulte su póliza para obtener más información sobre los beneficios enumerados anteriormente.

Elegibilidad La(s) póliza(s)/cláusula(s) se emitirá(n) únicamente a aquellas personas que cumplan con los requisitos de asegurabilidad de American Fidelity, que incluye respuestas satisfactorias a preguntas médicas. Usted, su cónyuge legal y cada hijo natural, adoptivo o hijastro menor de 26 años son elegibles para solicitar cobertura.

Limitaciones y exclusiones Esta póliza paga sólo por la pérdida resultante del tratamiento definitivo del cáncer, incluida la extensión directa, la propagación metastásica o la recurrencia. Se deben presentar pruebas para respaldar cada reclamación. Esta póliza también cubre otras condiciones o enfermedades causadas directamente por el Cáncer o el tratamiento del Cáncer.

Condición preexistente Una condición preexistente es un cáncer o una enfermedad temible para la cual, dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, un miembro de la profesión médica recomendó o brindó asesoramiento médico, consulta o tratamiento, incluidos los medicamentos recetados; o cuyos síntomas se manifestaron de tal manera que harían que una persona normalmente prudente buscara un diagnóstico, consejo médico o tratamiento. Las condiciones preexistentes específicamente nombradas o descritas como excluidas en cualquier parte de la póliza nunca están cubiertas. No se pagan beneficios a ninguna persona cubierta por ninguna pérdida sufrida durante el primer año de la póliza como resultado de una Condición preexistente.

Periodo de espera La póliza contiene un período de espera de 30 días durante el cual no se pagarán beneficios bajo la póliza. Si se diagnostica algún cáncer o enfermedad temible antes de que finalice el período de 30 días inmediatamente posterior a la fecha de entrada en vigencia, la cobertura se aplicará sólo a la pérdida en la que se incurra después de un año a partir de la fecha de entrada en vigencia. Si a alguna persona cubierta se le diagnostica cáncer o una enfermedad temible durante el período de 30 días inmediatamente posterior a la fecha de vigencia, puede optar por anular la póliza desde el principio y recibir un reembolso completo de la prima. Todos los beneficios son pagaderos sólo hasta el monto máximo indicado en la tabla de beneficios de la póliza.

Terminación del seguro La(s) póliza/cláusula(s) finaliza(n) y la cobertura terminará tras lo que ocurra antes entre: el final del período de gracia si la prima sigue sin pagarse; o el final del mes de la póliza/cláusula adicional en el que recibimos una solicitud por escrito de usted para rescindir la póliza/cláusula adicional; o la fecha de su fallecimiento, si se trata de un Plan Individual. Si el plan no es individual, las personas cubiertas restantes pueden tener derecho a continuar o convertir su cobertura. La cobertura terminará cuando ya no cumplan con los requisitos de elegibilidad.

Para el cónyuge, la(s) póliza(s)/cláusula(s) terminará(n) y la cobertura finalizará tras lo que ocurra primero entre: el final del mes de la póliza/cláusula(s) en el que recibimos una solicitud por escrito de usted para excluir al cónyuge de la póliza/cláusula(s); el final del plazo de la prima en que se obtiene el divorcio, nulidad, separación judicial; o a su muerte.

Para el(los) hijo(s), la póliza/cláusula(s) terminará(n) y la cobertura finalizará tras lo que ocurra primero entre: el final del mes de la póliza/cláusula(s) en el que recibimos una solicitud por escrito de usted para excluir al(los) hijo(s) de la póliza/cláusula(s); o a su muerte.

Renovación garantizada Se le garantiza el derecho a renovar su póliza/cláusula(s) adicional(es) durante su vida, siempre y cuando pague las primas a su vencimiento o dentro del período de gracia de la prima. Tenemos derecho a aumentar las primas por clase.

Cláusula adicional de enfermedad grave

Limitaciones y exclusiones - Los beneficios sólo se pagarán por una enfermedad grave cubierta, como se muestra en la página del Texto de la Póliza en la póliza. No se proporcionarán beneficios por ninguna pérdida causada por o que resulte de: lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente; o autolesiones intencionales; o alcoholismo o drogadicción; o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada o cualquier acto relacionado con la guerra; o servicio militar para cualquier país en guerra; o una Condición Preexistente durante el período de 12 meses posterior a la Fecha de Vigencia de la Persona Cubierta o una Enfermedad Grave Cubierta cuando la Fecha de Diagnóstico ocurre durante el Período de Espera, si corresponde; o participación en cualquier actividad o evento en estado de ebriedad o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que lo administre un Médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del Médico; o participación en, o intento de participar en, un delito grave, motín o insurrección (Un delito grave es tal como lo define la ley de la jurisdicción en la que se lleva a cabo la actividad). Todos los montos de Enfermedad Grave se reducen en un 50% a los 70 años.

Condición preexistente, tal como se define en la cláusula adicional, significa cualquier enfermedad o condición para la cual, dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en virtud de la cláusula adicional, un miembro de la profesión médica recomendó o brindó asesoramiento médico, consulta o tratamiento, incluidos los medicamentos recetados, o cuyos síntomas se manifiestan de tal manera que harían que una persona normalmente prudente buscara un diagnóstico, consejo médico o tratamiento. El cáncer interno no incluye: otras afecciones que pueden considerarse precancerosas o con potencial maligno tales como: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); o queratosis actínica; o trastornos mielodisplásicos y mieloproliferativos no malignos; o Anemia aplásica; o Atipia; o gammapatía monoclonal no maligna; o Lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos; o leucoplasia; o Hiperplasia; o Carcinóide; o policitemia; o Cáncer in situ o cualquier Cáncer de piel que no sea melanoma maligno invasivo en la dermis o más profundo. El ataque cardíaco no incluye insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cardíaca aterosclerótica, angina de pecho, incluida la angina inestable, enfermedad coronaria o cualquier otra disfunción del sistema cardiovascular. Accidente cerebrovascular no significa lesión en la cabeza, ataque isquémico transitorio, demencia multiinfarto o insuficiencia cerebrovascular crónica.

Período de Espera paga cuando un Médico lo diagnostica después de un Período de Espera de Enfermedad Grave de 30 días con Cáncer Interno o Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular, dependiendo de la cobertura de Enfermedad Grave elegida al momento de la solicitud.

Terminación Terminación La cobertura de cada Persona Cubierta terminará cuando se le haya pagado el monto máximo del beneficio por la(s) Enfermedad(es) Grave(s) Cubierta(s).

Cláusula adicional de la unidad de cuidados intensivos del hospital

Limitaciones y exclusiones - No se proporcionarán beneficios durante los primeros dos años de la cláusula adicional por hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos causada por cualquier afección cardíaca cuando dicha afección cardíaca se haya diagnosticado o tratado antes del día 30 posterior a la Fecha de entrada en vigencia de la Persona cubierta de la cláusula adicional (la afección cardíaca causante de la internación no tiene que ser la misma afección diagnosticada o tratada antes de la Fecha de entrada en vigencia). La internación causada por cualquier otra afección preexistente estará cubierta siempre que la internación comience a partir de la fecha de vigencia de esta cláusula. No se proporcionarán beneficios si la pérdida resulta de: intento de suicidio ya sea cuerdo o demente; autolesiones intencionales; alcoholismo o drogadicción; o cualquier acto de guerra, declarada o no, o cualquier acto relacionado con la guerra; o servicio militar para cualquier país en guerra. No se pagarán beneficios por internamientos en unidades tales como: Salas de Recuperación Quirúrgica, Cuidados Progresivos, Unidades de Quemados, Cuidados Intermedios, Cuartos Privados Monitoreados, Unidades de Observación, Unidades de Telemetría o Unidades Psiquiátricas que no involucren cuidados médicos intensivos; o instalaciones que no cumplen con los estándares para la Unidad de Cuidados Intensivos como se define en la Cláusula. Para un niño recién nacido dentro del período de diez meses posterior a la fecha de entrada en vigencia de la cláusula adicional, no se proporcionarán beneficios para la Internación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital que comience dentro de los primeros 30 días posteriores al nacimiento de dicho niño. Todas las cantidades de UCI y Ambulancia se reducen en un 50% a los 70 años.

Terminación del Seguro Esta(s) póliza/cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura terminará para todas las Personas Cubiertas tras lo que ocurra primero entre: el final del período de gracia si la prima sigue sin pagarse; o el final del Mes de la Póliza/Cláusula(s) adicional(es) en el que recibimos una solicitud por escrito de usted para cancelar esta póliza/cláusula(s) adicional(es); o la fecha de su fallecimiento, si se trata de un Plan Individual; o la fecha en que el seguro haya cesado para todas las personas cubiertas por esta póliza/cláusula(s) adicional(es).

Primas del Seguro contra el Cáncer

Primas Mensuales del Plan Básico*

BÁSICO	18-40	41-50	51-60	61+
Individual	16.30	23.60	32.60	44.20
Familia monoparental	24.40	35.20	48.70	65.90
Familia de 2 padres	31.80	45.70	63.30	85.80

MEJORADO	18-40	41-50	51-60	61+
Individual	21.00	30.80	42.40	57.30
Familia monoparental	31.40	45.80	63.30	85.60
Familia de 2 padres	40.80	59.50	82.30	111.30

Primas Mensuales de las Cláusulas Adicionales de Beneficios Opcionales* Primas Mensuales de la Cláusula Adicional de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

CL. AD. UCI	18-40	41-50	51-60	61+
Individual	3.40	4.20	5.50	7.10
Familia monoparental	5.10	6.30	8.20	10.60
Familia de 2 padres	6.60	8.20	10.70	13.80

Primas Mensuales de las Cláusulas Adicionales de Beneficios Opcionales* Primas Mensuales de la Cláusula Adicional de Enfermedad Grave

SÓLO CÁNCER												
\$2,500			\$5,000			\$7,500			\$10,000			
Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	
18-40	1.50	2.20	2.90	3.00	4.40	5.80	4.50	6.60	8.70	6.00	8.80	11.60
41-50	3.00	4.50	5.80	6.00	9.00	11.60	9.00	13.50	17.40	12.00	18.00	23.20
51-60	4.90	7.30	9.40	9.80	14.60	18.80	14.70	21.90	28.20	19.60	29.20	37.60
61+	7.10	10.60	13.80	14.20	21.20	27.60	21.30	31.80	41.40	28.40	42.40	55.20

SÓLO ATAQUE CARDÍACO/ACCIDENTE CEREBROVASCULAR												
\$2,500			\$5,000			\$7,500			\$10,000			
Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	Ind	Familia monop.	Familia de 2 padres	
18-40	0.80	1.20	1.50	1.60	2.40	3.00	2.40	3.60	4.50	3.20	4.80	6.00
41-50	2.10	3.10	4.10	4.20	6.20	8.20	6.30	9.30	12.30	8.40	12.40	16.40
51-60	3.10	4.60	6.00	6.20	9.20	12.00	9.30	13.80	18.00	12.40	18.40	24.00
61+	4.60	6.90	8.90	9.20	13.80	17.80	13.80	20.70	26.70	18.40	27.60	35.60

*La prima y el monto de los beneficios proporcionados varían según el plan seleccionado. Esta es una breve descripción de la cobertura. Para conocer los beneficios completos y otras disposiciones, consulte la póliza y las cláusulas adicionales. Esta cobertura no reemplaza el Seguro de Indemnización por Accidente de Trabajo. **Estos productos no son apropiados para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid.**



Vea e imprima sus pólizas o presente una reclamación en americanfidelity.com

El Centro de Servicio en Línea de American Fidelity le brinda acceso conveniente y seguro para administrar su cuenta.

Renovación garantizada

Tiene garantizado el derecho a renovar su póliza base durante su vida, siempre y cuando pague las primas a su vencimiento o dentro del período de gracia de la prima. Tenemos derecho a aumentar las primas por clase.

Suscrita y administrada por:



9000 Cameron Parkway • Oklahoma City, Oklahoma 73114 • 800-654-8489 • www.americanfidelity.com

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA-NUEVO

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 1.800.607.3366

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!

TARIFAS QUINCENALES DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA		
NIVEL DE COBERTURA	PLAN BAJO	PLAN ALTO
EMPLEADO SOLO	\$12.39	\$24.53
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$24.77	\$49.05
EMPLEADO + HIJOS	\$22.29	\$44.15
EMPLEADO + FAMILIA	\$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 financier 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 garantizado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

©2023 Aetna Inc.
57.03.509.1 (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

Online tools make it easy to manage your plan. File a claim in about 90 seconds or less if you have a covered stay in a hospital. And, benefits get paid directly to you by check or direct deposit.



Es algo que sucede

En 2020 se gastaron **1,24 billones de dólares** en servicios hospitalarios. Entre el **60%** y el **65%** de todas las quiebras están relacionadas con gastos médicos¹.



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 reclamación, 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 reclamaciones y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

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



¹Debt.org. Hospital and Surgery Costs. 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 hospitalaria. Este plan de seguro proporciona beneficios limitados. Paga beneficios fijos en dólares por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor de atención médica. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan además de cualquier otra cobertura de salud que pueda tener. Este material es sólo para información. Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos y la cobertura está sujeta a las leyes y regulaciones aplicables, incluidas sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características, tarifas, elegibilidad y disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte **Aetna.com**.

Los formularios de póliza emitidos en Missouri y Oklahoma incluyen: GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.

RESUMEN DE BENEFICIOS

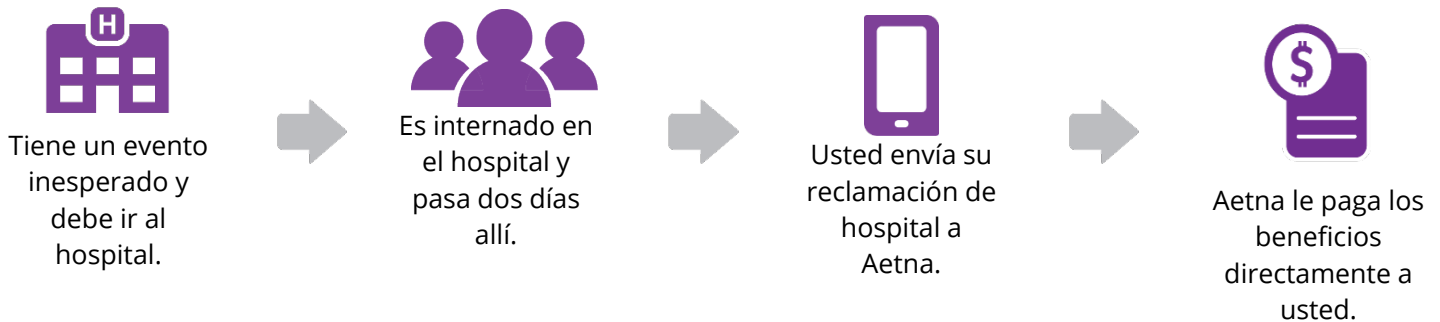


**Lamar Consolidated Independent School District
803204**

Indemnización Hospitalaria de Aetna

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

Así es como funciona el plan:



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. ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZAN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes brindan beneficios limitados. Pagan beneficios fijos en dólares por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor de atención médica. Estos pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan además de cualquier otra cobertura de salud que pueda tener.

ESTE NO ES UN PLAN COMPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para Medicare, revise la Guía gratuita de seguro médico para personas con Medicare disponible en www.medicare.gov.

Esta póliza, por sí sola, no cumple con los estándares de Cobertura Acreditada Mínima de Massachusetts.

Estadías de pacientes hospitalizados

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
<p>Estadía de paciente hospitalizado - admisión</p> <p>Proporciona un beneficio de suma global para el día inicial de su estadía en un hospital.</p> <p><i>No hay máximo de estadías por año del plan; separados por 30 días seguidos</i></p>	\$1,000	\$2,000
<p>Estadía hospitalaria - Diaria</p> <p>Paga un beneficio diario, a partir del segundo día de su estadía en una habitación de un hospital que no sea de la UCI.</p> <p><i>Máximo de 30 días por año del plan</i></p>	\$100	\$200
<p>Estadía hospitalaria - (UCI) Diaria</p> <p>Paga un beneficio diario, a partir del segundo día de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital.</p> <p><i>Máximo de 30 días por año del plan</i></p>	\$200	\$400
<p>Cuidados de rutina del recién nacido</p> <p>Proporciona un beneficio de suma global después del nacimiento de su recién nacido. Esto no cubrirá un parto ambulatorio.</p>	\$100	\$200
<p>Unidad de observación</p> <p>Proporciona un beneficio de suma global por el día inicial de su estadía en una unidad de observación como resultado de una enfermedad o lesión accidental.</p> <p><i>Máximo de 1 día por año del plan</i></p>	\$100	\$200
<p>Estadía por abuso de sustancias - Diaria</p> <p>Paga un beneficio diario por cada día que permanezca en un hospital o centro de tratamiento de abuso de sustancias para el tratamiento del abuso de sustancias.</p> <p><i>Máximo de 30 días por año del plan</i></p>	\$100	\$200
<p>Estadía por trastorno mental - Diaria</p> <p>Paga un beneficio diario por cada día que permanezca en un hospital o centro de tratamiento de trastornos mentales para el tratamiento de trastornos mentales.</p> <p><i>Máximo de 30 días por año del plan</i></p>	\$100	\$200
<p>Estancia en una unidad de rehabilitación - Diaria</p> <p>Paga un beneficio cada día de su estadía en una unidad de rehabilitación inmediatamente después de su estadía en el hospital debido a una enfermedad o lesión accidental.</p> <p><i>Máximo de 30 días por año del plan</i></p>	\$50	\$100
<p>Nota importante: Todos los beneficios diarios de estadía para pacientes hospitalizados comienzan el segundo día y cuentan para el máximo del año del plan.</p>		

Renuncia de la prima

Si está en un hospital durante más de 30 días seguidos, le eximiremos de la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra después del día 30 de su estadía, durante los siguientes 6 meses de cobertura. Durante su estadía, deberá permanecer empleado con el titular de la póliza.

Portabilidad

Su plan incluye una opción de portabilidad que le permite mantener su cobertura existente realizando pagos directos al proveedor. Puede ejercer esta opción si su empleo cesa por cualquier motivo. Consulte su Certificado para conocer disposiciones adicionales de portabilidad.

Exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza y el certificado reales para determinar qué beneficios no se pagan. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista según los mandatos estatales o el diseño del plan adquirido.

No se pagarán beneficios por ninguna estadía u otro servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, que incluyen, entre otras: paseos en globo, salto en bungee, paracaidismo, salto libre;
2. Cualquier competencia atlética competitiva semiprofesional o profesional, incluido el arbitraje o el entrenamiento, por la cual reciba algún pago;
3. Acto de guerra, motín, guerra;
4. Operar, aprender a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, ya sea motorizada o no;
5. Asalto, delito grave, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado proporcionado por un cónyuge, padre, hijo, hermano o cualquier otro miembro del hogar;
7. Servicios cosméticos y cirugía plástica, con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia;
9. Servicios de cuidados paliativos, excepto lo dispuesto específicamente en la sección del certificado "Beneficios bajo su plan";
10. Autolesión, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso de dispositivos celulares del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo motorizado;
12. Atención o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios;
13. Servicios o pruebas de educación, capacitación o reciclaje;
14. Lesión accidental sufrida en estado de ebriedad o bajo la influencia de cualquier droga tóxica;
15. Exámenes, excepto lo dispuesto específicamente en la sección del certificado "Beneficios bajo su plan";
16. Atención y tratamiento dental y de ortodoncia;
17. Servicios de planificación familiar;
18. Cualquier atención, medicamentos recetados y medicamentos relacionados con la infertilidad;
19. Suplementos nutricionales, incluidos, entre otros: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas;
20. Rehabilitación cognitiva, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla para pacientes ambulatorios por cualquier motivo;
21. Atención relacionada con la visión

¿Tengo que estar trabajando activamente para inscribirme en la cobertura?

Sí, debe estar trabajando activamente para poder inscribirse y para que la cobertura entre en vigencia. Usted está trabajando activamente 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 para la Salud (HSA)?

Sí, aún puede inscribirse en el Plan de Indemnización Hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud.

¿Qué se considera una estadía hospitalaria?

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 o un centro de rehabilitación; y se le cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades personales o de custodia que no requieren habilidades o capacitación médica. 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.

Si pierdo mi empleo, ¿puedo llevarme el Plan de Indemnización Hospitalaria?

Sí, puede continuar con la cobertura según la disposición de portabilidad. Deberá pagar las primas directamente a Aetna.

¿Cómo presento una reclamación?

Ingrese a myaetnasupplemental.com y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear una nueva reclamación" y responda algunas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamación para finalizarla 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 por correo.

¿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 de atención de emergencia.

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

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

PARA QUE SE PAGUEN LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBE SER LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA O DESPUÉS.

Quejas y apelaciones

Díganos si no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con nuestra forma de hacer negocios. Llame a Servicios para Miembros para presentar una queja verbal o para solicitar la dirección para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios para Miembros a través del sitio web seguro para miembros. Si no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios para Miembros, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si no está de acuerdo con una denegación de reclamación, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamación fue rechazada. La carta también le informa sobre 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 del uso ilegal. Por "información personal" nos referimos a información que puede identificarlo como persona, así como su información financiera y de salud. La información personal no incluye la que está disponible para el público. Por ejemplo, cualquiera puede acceder a información sobre lo que cubre el plan. Tampoco incluye informes que no le identifiquen a usted.

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

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

Estas partes deben mantener la privacidad de su información según lo exige la ley. Algunas de las formas en que podemos usar su información incluyen: pago de reclamaciones, toma de decisiones sobre lo que cubre el plan, coordinación de pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

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

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si cree que falta o hay algún problema en su información personal, puede solicitar que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un período de tiempo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación.

Si desea obtener una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame a Servicios para Miembros 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 marque 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor ingrese o proporcione 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 Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad y mayores, deben tener una cobertura de salud que cumpla con los estándares de Cobertura Mínima Acreditada establecidos por el Conector del Seguro de Salud del Commonwealth, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud en función de la asequibilidad o las dificultades individuales. Para más información llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio web del Conector (**www.mahealthconnector.org**). ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS DE COBERTURA ACREDITABLE. Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visitando su sitio web en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de exclusión de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará cualquier sanción económica o comercial de los EE. UU., la cobertura se considera inmediatamente inválida. Por ejemplo, las empresas de Aetna no pueden realizar pagos ni reembolsar atención médica u otras reclamaciones o servicios si violan una regulación de sanción financiera. Esto incluye sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o un país sancionado por los Estados Unidos, a menos que lo permita una licencia escrita válida de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC). Para obtener más información sobre la OFAC, visite **<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>**.

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

Este material es sólo para información 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 sujeto a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

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





Revise el siguiente aviso para los miembros del plan de salud suplementaria de Aetna que residen en el estado de Nuevo México.

ATENCIÓN RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

La cobertura proporcionada bajo su plan de beneficios o póliza suscrita por Aetna Life Insurance Company es de naturaleza limitada y puede no brindar protección financiera para costos importantes en los que podría incurrir para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad relacionada con el COVID-19 ("virus Corona").

Si no cuenta con una cobertura médica principal integral, además del plan o póliza emitido por nuestra empresa, puede incurrir en importantes gastos médicos no asegurados asociados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por el COVID-19.

Los planes médicos principales ofrecen sólidas protecciones al consumidor y están obligados a renunciar a todos los deducibles, copagos y otros gastos compartidos para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades relacionadas con el COVID-19. Su póliza o plan con nosotros no es un plan médico principal y no brinda dichas protecciones.

Si no tiene cobertura médica importante, puede:

1. Comuníquese con un corredor o agente de seguros autorizado para conocer la disponibilidad de cobertura médica principal.
2. Para ver si es elegible para un período de inscripción especial para cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con beWellnm al número gratuito **1-833-862-3935**.
3. Para ver si es elegible para la cobertura de Medicaid y completar una solicitud, llame gratuitamente a la línea directa de expansión 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 ver si es elegible para la cobertura del grupo de alto riesgo, comuníquese con el Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (el "Fondo de Alto Riesgo") al **1-844-728-7896** o **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y tiene un diagnóstico de COVID-19, su condición lo califica para la cobertura del Grupo.

Los Centros para el Control de Enfermedades y el Departamento de Salud de Nuevo México tienen sitios web con considerable información sobre COVID-19. Visite cada sitio web en **<https://www.cdc.gov/>** o **<http://cv.nmhealth.org/>**.

Las personas que tengan síntomas compatibles con COVID-19 deben llamar inmediatamente al 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, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivo de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Aetna proporciona ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia lingüística. Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra manera en función de una clase protegida mencionada anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose 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 ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 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 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 mostradas se basan en deducciones mensuales. Las deducciones de su nómina se realizarán después de deducir los impuestos.



Plan de Indemnización Hospitalaria

Puede inscribirse en una sola opción.

<u>Bajo</u>	<u>Costo</u>	<u>Alto</u>	<u>Costo</u>
Usted solo	\$12.39	Usted solo	\$24.53
Usted y su cónyuge	\$24.77	Usted y su cónyuge	\$49.05
Usted y su(s) hijo(s)	\$22.29	Usted y su(s) hijo(s)	\$44.15
Usted y su familia	\$34.68	Usted y su familia	\$68.68

ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZAN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Los planes están garantizados 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, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados y las tarifas y beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud complementarios brindan 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 sólo para información 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 exclusión de sanciones financieras: Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará cualquier sanción económica o comercial de los EE. UU., la cobertura se considera inmediatamente inválida. Por ejemplo, las empresas de Aetna no pueden realizar pagos ni reembolsar atención médica u otras reclamaciones o servicios si violan una regulación de sanción financiera. Esto incluye sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o un país sancionado por los Estados Unidos, a menos que lo permita una licencia escrita válida de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC). Para obtener más información sobre la OFAC, visite <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los formularios de la Póliza de Indemnización Hospitalaria emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen: AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.





Revise el siguiente aviso para los miembros del plan de salud suplementaria de Aetna que residen en el estado de Nuevo México.

ATENCIÓN RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

La cobertura proporcionada bajo su plan de beneficios o póliza suscrita por Aetna Life Insurance Company es de naturaleza limitada y puede no brindar protección financiera para costos importantes en los que podría incurrir para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad relacionada con el COVID-19 ("virus Corona").

Si no cuenta con una cobertura médica principal integral, además del plan o póliza emitido por nuestra empresa, puede incurrir en importantes gastos médicos no asegurados asociados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por el COVID-19.

Los planes médicos principales ofrecen sólidas protecciones al consumidor y están obligados a renunciar a todos los deducibles, copagos y otros gastos compartidos para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades relacionadas con el COVID-19. Su póliza o plan con nosotros no es un plan médico principal y no brinda dichas protecciones.

Si no tiene cobertura médica importante, puede:

1. Comuníquese con un corredor o agente de seguros autorizado para conocer la disponibilidad de cobertura médica principal.
2. Para ver si es elegible para un período de inscripción especial para cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con beWellnm al número gratuito **1-833-862-3935**.
3. Para ver si es elegible para la cobertura de Medicaid y completar una solicitud, llame gratuitamente a la línea directa de expansión 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 ver si es elegible para la cobertura del grupo de alto riesgo, comuníquese con el Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (el "Fondo de Alto Riesgo") al **1-844-728-7896** o **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y tiene un diagnóstico de COVID-19, su condición lo califica para la cobertura del Grupo.

Los Centros para el Control de Enfermedades y el Departamento de Salud de Nuevo México tienen sitios web con considerable información sobre COVID-19. Visite cada sitio web en **<https://www.cdc.gov/>** o **<http://cv.nmhealth.org/>**.

Las personas que tengan síntomas compatibles con COVID-19 deben llamar inmediatamente al 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, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivo de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Aetna proporciona ayuda/servicios gratuitos a personas con discapacidades y a personas que necesitan asistencia lingüística. Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra manera en función de una clase protegida mencionada anteriormente, también puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles comunicándose 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 ante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 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 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 CONTRA ENFERMEDADES GRAVES

AFLAC | www.aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

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, Poliomiélitis (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 facultades 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 participa en 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
- Poliomielitis

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 diagnostica que un asegurado tiene osteomielitis y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

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

Rabia: La fecha en que un médico diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica a un asegurado con Esclerosis sistémica y cuando dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

Tétanos: La fecha en que un médico diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica al asegurado como incapacitado debido a la enfermedad de Alzheimer.

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

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** La fecha en que un médico diagnostica 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 diagnostica 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 Diagnostica al hijo dependiente con Fibrosis Quística y donde dicho diagnóstico es respaldado por su historial médico.

- **Parálisis Cerebral:** La fecha en que el médico diagnostica 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 diagnostica 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 diagnostica 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 Diagnostica al hijo dependiente con PKU y cuando dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.

- **Espina Bífida:** La fecha en que el médico diagnostica 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 diagnostica 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.

Presentación de Plan Colectivo (GP-40470)

**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

TRANSPORTE MÉDICO

MASA | www.masamts.com | 1.954.334.8261

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 la factura completa.

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.

Inscríbese en el plan Emergent Plus hoy y protéjase a usted y a su familia contra la carga financiera de los costos masivos de ambulancia, todo a una **tarifa grupal asequible**.



BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA DE EMERGENT PLUS

Una Membresía MASA MTS brinda la máxima tranquilidad a una tarifa asequible para el servicio de transporte terrestre y aéreo de emergencia dentro de los Estados Unidos y Canadá, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de una red de beneficios de atención médica grupal determinada.

Después de que el plan de salud grupal paga su parte, MASA MTS trabaja con los proveedores para entregar a nuestros miembros \$0 en gastos de bolsillo para transporte de emergencia.

Transporte aéreo de emergencia

En caso de una emergencia médica grave, los miembros tienen acceso a transporte aéreo de emergencia a un centro médico o entre centros médicos.

Transporte terrestre de emergencia

En caso de una emergencia médica grave, los miembros tienen acceso a transporte terrestre de emergencia a un centro médico o entre centros médicos.

Transporte no urgente entre centros médicos

En caso de que un miembro se encuentre en una condición estable en un centro médico pero requiera un mayor nivel de atención que no esté disponible en su centro médico actual, los miembros tienen acceso a transporte aéreo o terrestre que no sea de emergencia entre los centros médicos.

Repatriación/Recuperación

Suponga que usted o un miembro de su familia está hospitalizado a más de 100 millas de su casa. En ese caso, tiene cobertura de beneficios para transporte médico aéreo o terrestre a un centro médico más cercano a su hogar para su recuperación.

\$14 /MES

Comuníquese con su representante de MASA MTS, para obtener más información sobre las opciones de planes de membresía.



¿LO SABÍA?

25 MILLONES DE PERSONAS

son enviadas a la sala de emergencias por ambulancia terrestre o aérea **cada año**.

Puede que las compañías de seguros **no** cubran todos los gastos de ambulancia aérea y terrestre, lo que puede resultar en facturas excesivas.



\$5,000



\$60,000

SEGURO DENTAL

UHC | www.uhc.com | 877.816.3596

Cuidar su salud oral no es un lujo, es una necesidad para 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 puede cubrir una variedad de procedimientos, tales como:

- Exámenes completos
- Limpiezas
- Radiografías
- Empastes
- Extracciones de dientes
- Anestesia general
- Coronas
- Endodancias

PRIMAS DENTALES QUINCENALES			
	UHC PPO Bajo	UHC PPO Alto	UHC DHMO
EMPLEADO SOLO	\$20.70	\$21.79	\$6.53
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$41.39	\$43.58	\$12.66
EMPLEADO + HIJO(S)	\$51.94	\$54.69	\$13.69
EMPLEADO + FAMILIA	\$75.95	\$79.97	\$19.82



Plan Dental

Plan Dental de Red Exclusiva (ENDP)

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED (ESTÉ REGISTRADO EN LÍNEA O NO)

<http://www.uhc.com>

1. Seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico)
2. Seleccione "Find a Dentist" (Buscar un dentista)
3. Seleccione Planes Individuales y del Empleador
4. Busque por su ubicación para encontrar un plan
5. Seleccione su Plan dental: TX ENDP

EL DISTRITO SE COMPLACE EN OFRECER UN PLAN DENTAL ENDP COMO OTRA OPCIÓN PARA SUS EMPLEADOS

Con un plan ENDP, usted elige un dentista de atención primaria (PCD) para coordinar todos los servicios dentales que necesita.

El plan ENDP proporciona una lista de copagos para todos los servicios cubiertos. Puede acceder a este programa de copagos llamando a Servicios para Miembros al **877.816.3596**.

Plan de Beneficios	DHP
Deducible del año del plan	No aplicable
Cuidado preventivo (Limpiezas, exámenes, rayos X)	Varios copagos
Cuidado básico (Endodoncia, periodoncia, cirugía oral)	Varios copagos
Cuidado mayor (Coronas, puentes, dentaduras postizas)	Varios copagos
Ortodoncia (Niños hasta los 19 años)	Varios copagos
Desembolso máximo por año calendario	Ilimitado

Contribuciones de nómina por cheque de pago	
Empleado Solo	\$6.53
Empleado + Cónyuge	\$12.66
Empleado + Hijo(s)	\$13.69
Empleado + Familia	\$19.82

Plan Dental

PPO

CÓMO ENCONTRAR UN DENTISTA DENTRO DE LA RED (ESTÉ REGISTRADO EN LÍNEA O NO)

www.uhc.com

1. Seleccione **Find a Doctor (Buscar un médico)**
2. Seleccione **Find a Dentist (Buscar un dentista)**
3. Seleccione **Employer and Individual Plans (Planes Individuales y del Empleador)**
4. Busque por su ubicación para encontrar un plan
5. Seleccione su Plan dental: **National Options PPO 20**

UTILICE SUS LIMPIEZAS
DENTALES PARA
PREVENIR PROBLEMAS
MÁS ADELANTE

EL DISTRITO SE COMPLACE EN OFRECER A SUS EMPLEADOS DOS PLANES PPO DENTALES DIFERENTES PARA AYUDAR A SATISFACER SUS NECESIDADES

Tanto el Plan Bajo como el Plan Alto brindan servicios para proveedores dentro y fuera de la red. Ya sea que utilice dentistas dentro o fuera de la red, el porcentaje de beneficios de la red se basa en las tarifas con descuento negociadas con los proveedores. Si elige salir de la red, es posible que se le facturen saldos por montos superiores al Monto Máximo Permitido. **Tenga en cuenta que los porcentajes a continuación reflejan lo que paga el plan.**

Plan de Beneficios	Plan Bajo	Plan Alto
Acceso a la Red	PPO	PPO
Deducible del año del plan (Individual)	\$100	\$100
Deducible del año del plan (Familiar)	\$300	\$300
Máximo anual	\$750	\$1,500
Atención preventiva y diagnóstica (limpieza rutinaria, examen oral, selladores, laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, radiografías)	100%	100%
Servicios básicos (restauraciones, endodoncia, periodoncia, extracciones simples, extracciones quirúrgicas)	70%	80%
Servicios mayores (coronas, inlays/onlays, dentaduras postizas, puentes)	40%	50%
Ortodoncia Niños (hasta 19 años)	50% Máximo de por vida: \$750	50% Máximo de por vida: \$1,500
Reembolso fuera de la red	MAC*	MAC*

*Cargo máximo permitido

Contribuciones de nómina por cheque de pago	DPPO Bajo	DPPO Alto
Empleado Solo	\$20.70	\$21.79
Empleado + Cónyuge	\$41.39	\$43.58
Empleado + Hijo(s)	\$51.94	\$54.69
Empleado + Familia	\$75.95	\$79.97

SEGURO DE VISIÓN

Ameritas | www.ameritas.com | 1.800.877.7195

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
- Gafas
- Lentes de contacto
- Cirugías oculares
- Corrección de la visión

PRIMAS QUINCENALES DE VISIÓN	
PLAN FOCUS	
EMPLEADO SOLO	\$6.06
EMPLEADO + UNO	\$11.88
EMPLEADO + FAMILIA	\$16.48



Plan 1: Resumen del Plan Focus®

Fecha de vigencia: 1/9/2024

	Red VSP Choice + Afiliados	Fuera de la red
Deducibles		
	\$10 por examen	\$10 por examen
Examen anual de la vista	\$25 lentes o monturas para gafas*	\$25 lentes o monturas para gafas
Lentes (por par)	Cubierto en su totalidad	Hasta \$45
Monofocales	Cubierto en su totalidad	Hasta \$30
Bifocales	Cubierto en su totalidad	Hasta \$50
Trifocales	Cubierto en su totalidad	Hasta \$65
Lenticulares	Cubierto en su totalidad	Hasta \$100
Progresivos	Ver las opciones de lentes	NA
Lentes de contacto		
Exámenes de ajuste y seguimiento	15% de descuento	Sin beneficio
	Ver las características adicionales de Focus	
Electivos	Hasta \$150	Hasta \$120
Medicamento necesarios	Cubierto en su totalidad	Hasta \$210
Asignación para monturas	\$150**	Hasta \$75
Frecuencias (meses)		
Examen/Lente/Montura	12/12/12	12/12/12
	Basado en la fecha del servicio	Basado en la fecha del servicio

*El deducible se aplica a un par completo de gafas o monturas, lo que se seleccione.

**La asignación de Costco y Walmart será el equivalente mayorista.

Opciones de lentes (costo para miembros)*

	Red VSP Choice + Afiliados (Aparte de Costco)	Fuera de la red
Lentes Progresivos	Hasta la tarifa contratada del proveedor para lentes bifocales con línea. El paciente es responsable de la diferencia entre el costo del lente base y el lente progresivo.	Hasta la asignación de bifocales con línea
Policarbonato estándar	Cubierto en su totalidad para hijos dependientes	Sin beneficio
	\$33 adultos	
Tinte de plástico sólido	\$15	Sin beneficio
	(excepto rosa I y II)	
Tinte degradado de plástico	\$17	Sin beneficio
Lentes fotocromáticos (vidrio y plástico)	\$31-\$82	Sin beneficio
Revestimiento resistente a los arañazos	\$17-\$33	Sin beneficio
Recubrimiento antirreflejos	\$43-\$85	Sin beneficio
Recubrimiento ultravioleta	\$16	Sin beneficio

*Los costos de las Opciones de Lentes para miembros varían según la receta, la opción elegida y las tiendas minoristas.

LASIK Advantage®

	De por vida
Beneficio obtenido (por ojo)	\$150

Tarifas mensuales

Empleado Solo (EE)	\$12.12
EE + 1 Dependiente	\$23.76
EE + 2 o más Dependientes	\$32.96

Características adicionales de la Red Focus® Choice

Lentes de contacto electivos	La asignación se puede aplicar a los desechables, pero el monto en dólares se debe usar de una sola vez (el proveedor solicitará un suministro para 3 o 6 meses). Se aplica cuando se eligen lentes de contacto en lugar de gafas. Para los planes sin ajuste y evaluación de lentes de contacto por separado (que incluye exámenes de lentes de contacto de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deduce de la asignación.
Gafas adicionales	20% de descuento en pares completos adicionales de gafas graduadas y/o gafas de sol graduadas.*
Descuento para monturas	VSP ofrece un 20% de descuento en cualquier cantidad que supere la asignación minorista.*
Cuidado de la visión con láser	VSP ofrece un descuento promedio del 15% o del 5% en una oferta promocional para LASIK, LASIK personalizado y PRK. El desembolso máximo por ojo para los miembros es de \$1,800 para LASIK, \$2,300 para LASIK personalizado con tecnología Wavefront y \$1,500 para PRK. Para recibir el beneficio, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.
Visión baja	Con autorización previa, se cubre el 75% del monto aprobado (hasta \$1,000 cada dos años).

Según las leyes aplicables, los costos reducidos pueden variar según la ubicación del médico.

Ahorros en recetas

Nuestros valiosos miembros del plan y sus dependientes cubiertos pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, incluidas CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento de recetas médicas se ofrece sin costo adicional y no es un seguro. Para recibir este descuento de recetas médicas, los miembros del plan Ameritas sólo necesitan visitarnos en ameritas.com e iniciar sesión (o crear) una cuenta de miembro segura donde pueden acceder e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros de descuento de recetas médicas sólo en línea.

Ahorros para la audición

Con su plan Ameritas, puede recibir descuentos en audífonos a través de Great Hearing Benefits en sus más de 4,500 centros de atención auditiva en todo el país. Llame al 877-683-9495 para su consulta de audición gratuita hoy. Este acuerdo de ahorro no es un seguro. Está disponible para los miembros sin costo adicional en la prima de su plan. Los puntos destacados incluyen: examen de audición por sólo \$50 (le ahorra \$100 del promedio de la industria de \$150), hasta un 50% de descuento en el precio minorista de la mejor tecnología auditiva actual, además de una garantía de satisfacción y un servicio de garantía. Visite greatearingbenefits.com/ameritas para obtener más información.

Servicio para Miembros del Plan de Cuidado de la Vista

La atención oftalmológica Focus de Ameritas Group incluye la red de atención oftalmológica de VSP que ahorra dinero. El servicio al cliente está disponible para los miembros del plan a través de los representantes de servicio útiles y bien capacitados de VSP. Llame o conéctese en línea para ubicar el proveedor de la red VSP más cercano, ver información sobre los beneficios del plan y más.

Centro de llamadas de VSP: 1-800-877-7195

- Horario del representante de servicio: Lunes a viernes de 5 a.m. a 7 p.m. hora del Pacífico, sábado de 6 a.m. a 2:30 p.m. hora del Pacífico
- Respuesta de voz interactiva disponible 24/7

Localice un proveedor de VSP en: ameritas.com. Vea la información de beneficios del plan en: vsp.com

Sección 125

Este plan se proporciona como parte del Plan de la Sección 125 del Titular de la Póliza. Cada empleado tiene la opción bajo el Plan de la Sección 125 de participar o no participar en este plan. Si un empleado no elige participar cuando es inicialmente elegible, puede elegir participar en el próximo Período de Elección Anual del Titular de la Póliza.

Servicios lingüísticos

Reconocemos la importancia de comunicarse con nuestro creciente número de clientes multilingües. Es por eso que ofrecemos un programa de asistencia con el idioma que le da acceso a: Representantes del centro de atención de reclamaciones que hablan español, servicios de interpretación telefónica en una amplia gama de idiomas, búsqueda de proveedores de la red dental en línea en español y una variedad de documentos en español, como formularios de inscripción, formularios de reclamación y certificados de seguro.

Este documento es un resumen de los beneficios del plan proporcionados por Ameritas Life Insurance Corp. seleccionados por su empleador. No es un certificado de seguro y no incluye exclusiones y limitaciones. Para exclusiones y limitaciones, o una lista completa de los procedimientos cubiertos, comuníquese con su administrador de beneficios.

CLEVER RX

Clever RX | <https://partner.cleverrx.com/ffga> | 1.800.873.1195

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 ofrecer 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!

PUNTOS DESTACADOS

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

¡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>.

CLEVER **RX** PRESCRIPTION SAVINGS CARD CLEVERRX.COM

SAVE UP TO 80% on prescription drugs at virtually all U.S. pharmacies!

BIN: 610378
PCN: SC1
Group: 1062
Member ID: 1000

For even greater savings,
download the app for **FREE!**

Download on the **App Store** **GET IT ON Google play**

Pharmacist Help Line: 800-974-3135
Customer Help Line: 800-873-1195

THIS CARD IS NOT INSURANCE

This card valid exclusively at CVS, Target, Longs Drugs, Walmart, Kroger, Fry's, Harris Teeter, Walgreens, and Duane Reade. For thousands more pharmacies, download the **Clever RX App**.

CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD

United Healthcare | www.optumbank.com | 1.866.234.8913

CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD

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.

Su monto máximo de contribución para el 2024 es de \$4,150 para la cobertura del Empleado Solo y \$8,300 para la cobertura de la Familia.

PUNTOS DESTACADOS

- Los saldos se transfieren de un año a otro y generan intereses a lo largo del camino.
- Transferible – usted lo conserva incluso después de dejar el empleo.
- Ventajas fiscales – invierta dinero en fondos mutuos para aumentar sus ahorros fiscales para los costos futuros de atención médica o la jubilación.
- Pague los gastos con una tarjeta de débito de beneficios que le proporciona acceso inmediato a su dinero en el momento de la compra.
- Los gastos también se pueden reembolsar a través de nuestro portal en línea, el pago de facturas en línea directamente a su proveedor o enviando un formulario de solicitud de distribución.
- No se requieren recibos para el reembolso, pero asegúrese de guardarlos para fines fiscales.

¿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 es reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

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 su 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 los 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".

Su monto máximo de contribución para el 2024 es de \$3,200.

PUNTOS DESTACADOS

- Las contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos, lo que ayuda a reducir sus ingresos imposables 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 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, niñas 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

- Los dependientes elegibles deben declararse 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

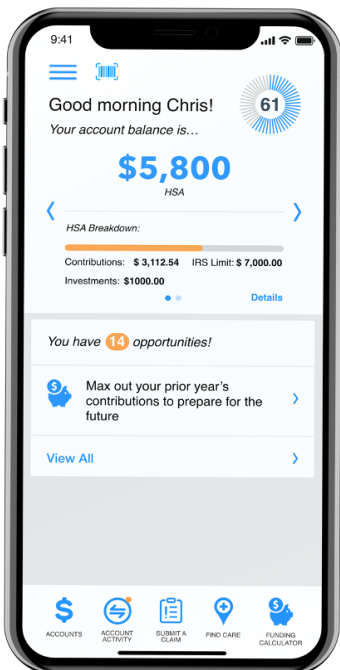
TARJETA DE BENEFICIOS

La Tarjeta de Beneficios de First Financial está disponible para todos los empleados que participan en la FSA de Atención Médica y/o 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. Usted debe enviar recibos para la validación de gastos cuando se le solicite. Si no puede corroborar el cargo proporcionando un recibo a First Financial dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la compra o del servicio, su tarjeta será suspendida hasta que se reciba el recibo necesario o la explicación de 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 las reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en www.ffga.com. Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos se depositen directamente en su cuenta bancaria. ¡Vea la [Guía de Inicio de Sesión del Portal](#) ahora!



APLICACIÓN DE CUENTA MÓVIL FF

¡Con la Aplicación de Cuenta Móvil FF, 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 de Cuenta Móvil FF está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App StoreSM o Google Play StoreTM. Consulte la [Guía del Usuario](#) y la [Guía de Referencia Rápida](#) de la Aplicación de Cuenta Móvil FF.

FSA STORE (TIENDA DE LA FSA)

First Financial se ha asociado con FSA Store 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 el 2024 es de \$3,200.

PUNTOS DESTACADOS

- Sólo ciertos gastos dentales y de visión son elegibles, como exámenes de la vista, lentes de contacto y gafas.
- 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.

COBRA

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 1.800.523.8422, opción 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

- 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 de COBRA.
- Los beneficios seguirán siendo idénticos a los que tenía mientras trabajaba. Sin embargo, usted será responsable de pagar la prima completa, más las tarifas aplicables.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

SupportLinc | <http://www.supportlinc.com> | 1.800.475.3327

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 tiene una línea dedicada para la salud mental a la que puede comunicarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 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.



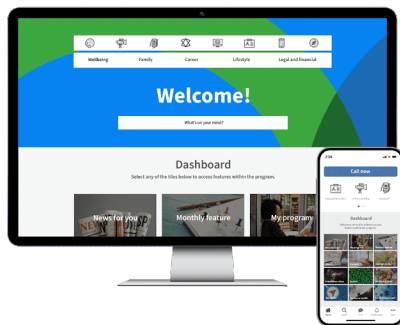
Recursos de conveniencia

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Lamar CISD - OFICINA DE BENEFICIOS

3911 Ave I | Rosenberg, TX 77471

832.223.0307

www.lcisd.org

FIRST FINANCIAL GROUP OF AMERICA

Jason Sweatt, Administrador de Cuenta Sr.

281.272.7608 / jason.sweatt@ffga.com

Curtis Grant, Ejecutivo de Cuenta Sr.

281.272.7600 / curtis.grant@ffga.com

CONTACTOS

BENEFICIO	PROVEEDOR	SITIO WEB	TELÉFONO
Jubilación 403 (b)/457	First Financial Administrator, Inc.	retirement@ffga.com	800.523.8422
Discapacidad	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Seguro Grupal de Vida Temporal	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Seguro de Vida Permanente	Texas Life	www.texaslife.com	800.283.9233
Seguro Combinado de Atención a Largo Plazo/Vida	CHUBB	www.combinedinsurance.com	855.241.9891
Seguro contra Accidentes	AFLAC	www.aflacgroupinsurance.com	800.433.3036
Seguro contra el Cáncer	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.662.1113
Indemnización Hospitalaria	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	800.662.1113
Seguro contra Enfermedades Graves	AFLAC	www.aflacgroupinsurance.com	800.433.3036
Transporte Médico	MASA	www.masamts.com	954.334.8261
Plan Dental	United Healthcare Dental	www.myuhc.com	877.816.3596
Plan de Visión	Ameritas	www.vsp.com	800.877.7195
Tarjeta de Ahorro para Medicamentos Recetados	Clever Rx	https://partner.cleverrx.com/ffga	800.873.1195
Cuenta de Ahorros para la Salud	Optum Bank	www.optumbank.com	866.234.8913
Cuenta de Gastos Flexibles	First Financial Administrator, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Cuenta para el Cuidado de Dependientes	First Financial Administrator, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Cobra	First Financial Administrator, Inc.	www.cobrapoint.benaissance.com	800.523.8422
Programa de Asistencia al Empleado	SupportLinc	www.supportlinc.com	800.475.3327
Línea dedicada de Lamar CISD para la Salud Mental	Disponible 24/7		832.223.HOPE
Houston Galveston Institute	HGI	Disponible de 7 a.m. a 5 p.m. los martes, miércoles y jueves	346-352-2195