



Menos estrés

Plan de indemnización hospitalaria de Aetna®

Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. En cualquier caso, es bueno planificar con anticipación, para contar con una protección financiera adicional.

¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria de Aetna?

Este plan paga beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista, ya sea por una enfermedad, lesión, cirugía o parto. El plan de indemnización hospitalaria de Aetna® paga un beneficio en una suma única por el ingreso en un hospital y beneficios diarios por la internación cubierta en el hospital. Puede usar estos beneficios para pagar parte de los costos por servicios médicos u otros gastos habituales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Los planes médicos ayudan a pagar a los médicos y hospitales los servicios y tratamientos. Sin embargo, no cubren cualquier tipo de gasto, como los costos inesperados que podrían surgir debido a una internación.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna le paga los beneficios directamente **a usted**. Así, obtendrá dinero extra cuando más lo necesite. Ese dinero puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

Los planes de seguro de indemnización hospitalaria son ofrecidos o asegurados por Aetna Life Insurance Company (Aetna), ubicada en 151 Farmington Ave., Hartford, CT, 06156 Las formas de

¿Cómo puede usar los beneficios en dinero en efectivo?

Usted decide. Puede usar el dinero para lo siguiente:

- Deducibles o copagos
- Hipoteca o alquiler
- Alimentos o servicios

Y para muchísimo más. Use los beneficios como usted prefiera.

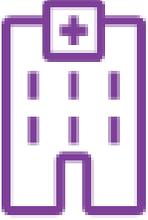
Es fácil de usar

Las herramientas en línea facilitan la administración de su plan. En caso de una internación cubierta en el hospital, presentar un reclamo le llevará unos 90 segundos o menos. Le pagaremos los beneficios de forma directa mediante cheque o depósito directo.

Es algo que sucede

En 2020, se gastaron **\$1.24 billones** en servicios hospitalarios. Entre un **60 y un 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, Carter contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. ®. Presentó su reclamo en línea y, como había elegido la opción de depósito directo, recibió el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

El dinero en efectivo lo ayudó a compensar la pérdida de ingresos producto del tiempo que no trabajó mientras estaba en recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora Carter puede enfocarse más en su salud.

Una experiencia de reclamos simplificados de Aetna™

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

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en “Report New Claim” (Registrar nuevo reclamo) y responda algunas preguntas breves. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente al **1-800-800-8121 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.



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.

* Solo es un ejemplo, no refleja situaciones vividas por una persona real

Resumen de beneficios



Plan de indemnización hospitalaria de Aetna®

Plainview Independent School District

6500816

El plan de indemnización hospitalaria proporciona ayuda financiera



- Su inscripción está garantizada sin presentar evidencia de asegurabilidad.
- Puede pagar fácilmente las primas deduciéndolas de su salario.
- Si dejara de cumplir con los requisitos para la cobertura, puede conservar los planes y pagar las primas directamente a Aetna®.

Su internación puede ser un poco más fácil.

¿Tiene preguntas sobre el plan? Llámenos al número gratuito **1-800-800-8121 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Estamos a su disposición para responder preguntas antes y después de su inscripción. En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia.

Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, los máximos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.

Nota: El plan de indemnización hospitalaria de Aetna le paga beneficios en caso de una internación cubierta en el hospital y de que reciba otros servicios cubiertos. El plan no paga beneficios por internaciones u otros servicios que tuvieron lugar antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Este plan es compatible con una cuenta de ahorros de salud (HSA).

Plan de indemnización hospitalaria



Se considera **internación** al período durante el cual una persona se encuentra internada y confinada en un hospital, o algún otro tipo de centro cubierto, y se le cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería.

La internación no incluye períodos en el hospital debido a necesidades de cuidado no médico o personales que no requieren aptitud o capacitación médica. Tampoco incluye períodos en la sala de emergencias del hospital, a menos que deriven en una internación. La internación solo cubre los beneficios específicos detallados a continuación.

Beneficios por internación

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Ingreso en el hospital (<i>primer día</i>)	\$1,000	\$2.000
Internación que no sea en una unidad de cuidados intensivos, por día	\$100	\$200
Internación en una unidad de cuidados intensivos, por día	\$200	\$400
Internación por abuso de sustancias, por día	\$100	\$200
Internación por trastorno mental, por día	\$100	\$200
Internación en una unidad de rehabilitación, por día	\$100	\$200
Unidad de observación	\$100	\$200
Exención de prima	Incluida	Incluida

Nota sobre los beneficios por ingreso en el hospital: No hay un máximo para los ingresos por año del plan. Los ingresos en el hospital deben estar separados por un mínimo de 30 días consecutivos.

Nota sobre los beneficios diarios por internación: Todos los beneficios por internación comienzan en el día dos y se tienen en cuenta para el máximo combinado de 30 días por año del plan.

Nota sobre los beneficios por observación: El beneficio máximo en una suma única por visita de observación en un hospital se puede aprovechar 1 vez por miembro por año. Las estadías de 24 horas o más en una unidad de observación serán consideradas un ingreso.

Beneficios para recién nacidos

Beneficio cubierto para recién nacido	Bajo	Alto
Cuidado de rutina de un recién nacido	\$100	\$200

Nota sobre los beneficios para el cuidado de rutina de un recién nacido: El beneficio máximo en una suma única se puede aprovechar una única vez por nacimiento por año del plan, por un parto en un hospital. El beneficio no se paga por un parto ambulatorio.



Tarifas del plan de indemnización hospitalaria de Aetna®



Las tarifas mensuales se detallan a continuación. El empleador determinará sus deducciones según el ciclo de pago de nómina.

Cobertura	Solo para usted	Para usted y su cónyuge	Para usted y sus hijos	Para usted y su familia
Plan Bajo	\$14.34	\$28.67	\$25.80	\$40.14
Cobertura	Solo para usted	Para usted y su cónyuge	Para usted y sus hijos	Para usted y su familia
Plan Alto	\$28.38	\$56.79	\$51.11	\$79.90



Exclusiones y limitaciones del plan de indemnización hospitalaria de Aetna®

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza y el folleto-certificado para determinar qué servicios de cuidado de salud están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que, en general, no están cubiertos. **Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido.**

No se pagarán beneficios para ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionadas con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas que incluyen, entre otras, pasear en globo aerostático, hacer *bungee jumping*, tirarse en paracaídas y practicar caída libre.
2. Cualquier concurso competitivo atlético profesional o semiprofesional, lo que incluye ser árbitro o entrenador, por el cual recibe un pago.
3. Acto bélico, motín, guerra.
4. Pilotear, aprender a pilotear, ser piloto o miembro de tripulación de cualquier aeronave, sea motorizada o no.
5. Agresión, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo.
6. El cuidado brindado por un cónyuge, padre o madre, hijo o hija, hermano o hermana, o cualquier otro miembro de la familia.
7. Cirugía plástica y servicios cosméticos, salvo determinadas excepciones.
8. Cuidado no médico.
9. Servicios de hospicio, salvo que se especifique en la sección del certificado sobre los beneficios que cubre el plan.
10. Autolesión o suicidio, salvo que sea el resultado de un trastorno diagnosticado.
11. Infringir las leyes de uso de dispositivos celulares del estado en el que ocurrió el accidente mientras manejaba un vehículo a motor.
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
13. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos en etapa de prueba o investigación.
14. Servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento.
15. Lesión accidental ocasionada mientras estaba en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier droga.
16. Exámenes, salvo que se especifique en la sección del certificado sobre los beneficios que cubre el plan.
17. Cuidado y tratamiento dentales y de ortodoncia.
18. Servicios de planificación familiar.
19. Cuidado, medicamentos con receta y medicamentos relacionados con la esterilidad.
20. Suplementos nutricionales, entre otros, alimentos, fórmulas para bebés o vitaminas.
21. Rehabilitación cognitiva o terapias física, ocupacional o del habla ambulatorias por cualquier motivo.
22. Cuidado relacionado con la vista.

Transferibilidad

Su plan incluye una opción de transferibilidad que le permite mantener la cobertura existente pagando directamente a la compañía de seguros. Puede aprovechar esta opción si su empleo cesa por el motivo que sea. Para conocer más disposiciones acerca de la transferibilidad, consulte el *Certificado de cobertura*. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente al **1-800-800-8121 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.



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

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna® es un plan de indemnización por internación en el hospital. Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total del cuidado médico. Los miembros son responsables de asegurarse de que se paguen las facturas de los proveedores. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que tengan los miembros.

Las pólizas están aseguradas por Aetna Life Insurance Company (Aetna). No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Aetna no proporciona cuidado ni garantiza acceso a servicios de salud. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según el lugar.

If you require language assistance, please call the Member Services number on your Aetna ID card, and an Aetna representative will connect you with an interpreter. You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de Aetna, y un representante de Aetna lo pondrá en contacto con un intérprete. También puede obtener la asistencia de un intérprete para tratar problemas de administración eficaz de la cobertura o para registrar una queja o una apelación. Si usted es sordo o tiene dificultades de audición, use su TTY y marque 711 para comunicarse con el servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Una vez conectado, ingrese o brinde el número de teléfono de Aetna al que está llamando.

AVISO PARA RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1.º de enero de 2009, la ley de reforma del cuidado de salud de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad y mayores, tengan cobertura de salud que cumpla con los estándares mínimos de cobertura acreditable establecidos por el Commonwealth Health Insurance Connector, salvo que estén eximidos del requisito de seguro de salud por motivos de asequibilidad o dificultades financieras personales. Para obtener más información, comuníquese con el Commonwealth Health Insurance Connector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite su sitio web (**mahealthconnector.org**). ESTA PÓLIZA, POR SÍ SOLA, NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE COBERTURA ACREDITABLE. Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros: llame al **1-617-521-7794** o visite su sitio web, **mass.gov/doi**.

Exclusiones por sanciones financieras

Si la cobertura que se ofrece mediante esta póliza no respeta o no respetará sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, se considerará nula inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsos de cuidado de salud o de otros reclamos o servicios si esto infringe una norma de sanción financiera. Esto incluye sanciones relacionadas con una persona, entidad o país bloqueados en virtud de una sanción de los EE. UU., a menos que se permita por escrito por una licencia válida de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC). Para obtener más información sobre la OFAC, visite **<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>**.

Las formas de pólizas emitidas en Oklahoma incluyen las siguientes: AL VOL HPOL-Hosp 01, AL VOL HCOC-Hosp 01 y GR-96173-HI 01.

Las formas de pólizas emitidas en Misuri y Wyoming incluyen las siguientes: AL VOL HPOL-Hosp 01 y GR-96172-01.

Las formas de pólizas emitidas en Washington incluyen las siguientes: GR-96172 01 y AL VOL HPOL-Hosp 01



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

AVISO PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO:

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

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

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

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

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

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

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

Aetna® Life Insurance Company

151 Farmington Avenue, Hartford, Connecticut 06156

Resumen de cobertura

Forma de póliza AL VOL HPOL-Hosp 01, forma de certificado AL VOL HCOC-Hosp 01

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL. ESTA PÓLIZA OFRECE BENEFICIOS LIMITADOS.

SON BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS; NO TIENEN COMO FIN CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS.

Este resumen de cobertura es una síntesis de la póliza que debe consultarse para determinar las estipulaciones contractuales que rigen.

Si usted cumple con los requisitos para-Medicare: ESTA NO ES UNA PÓLIZA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE. Consulte la guía *A Guide to Health Insurance for People with Medicare* (Una guía del seguro de salud para personas que tienen Medicare), que puede solicitarnos.

Puede ponerse en contacto con el Departamento de Seguros de Idaho en cualquier momento:

Consumer Affairs
700 W State Street, 3rd Floor
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0043
1-800-721-3272 o 208-334-4250; www.DOI.Idaho.gov

1. Lea detenidamente la póliza. En este resumen de cobertura, se incluye una descripción muy breve de las características más importantes de la cobertura. Este documento no es el contrato del seguro; regirán las disposiciones de la póliza. En la póliza se describen en detalle sus derechos y obligaciones y los de la compañía de seguros. Por lo tanto, es importante LEER DETENIDAMENTE LA PÓLIZA.
2. La cobertura de indemnización por internación en el hospital está diseñada para brindar a los asegurados un beneficio fijo diario durante períodos de hospitalización debido a un accidente o una enfermedad cubiertos, sujeto a todas las limitaciones incluidas en la póliza. Esta cobertura no brinda beneficios diferentes a la indemnización diaria fija por internación en el hospital y a los siguientes beneficios adicionales.

3. Beneficios

<u>Beneficios de internación</u>	Bajo	Alto
Internación, ingreso (primer día)	\$1,000 por el primer día de internación	\$2,000 por el primer día de internación
Máximo por año del plan	No máximo; separados por un mínimo de 30 días seguidos	No máximo; separados por un mínimo de 30 días seguidos
Internación que no sea en una unidad de cuidados intensivos, por día	\$100 por día, a partir del segundo día de internación	\$200 por día, a partir del segundo día de internación
Internación en una unidad de cuidados intensivos, por día	\$200 por día, a partir del segundo día de internación	\$400 por día, a partir del segundo día de internación
Máximo de días por año del plan, combinado para todas las internaciones	30	30
Cuidado de rutina de recién nacido	\$100 por día	\$200 por día
Internación en una unidad de rehabilitación, por día	\$100 por día	\$200 por día
Máximo de días por año del plan, combinado para todas las internaciones	30	30
Internación por trastorno mental, por día	\$100 por día	\$200 per dia
Máximo de días por año del plan, combinado para todas las internaciones	30	30
Internación por abuso de sustancias, por día	\$100 por día	\$200 por día
Máximo de días por año del plan, combinado para todas las internaciones	30	30

Beneficios adicionales, quirúrgicos y ambulatorios incluidos en el certificado:

<u>Beneficios adicionales</u>	Bajo	Alto
Unidad de observación	\$100 por el primer día de observación	\$200 por el primer día de observación
Máximo de observaciones por año del plan	1	1

4. Exclusiones:

No se pagarán beneficios para ninguna internación u otro servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionadas con:

Acto bélico, motín o guerra.

- Un acto de guerra, declarada o no.
- Participación voluntaria en un motín.
- Rebelión o insurrección civil.

Aeronaves.

Embarque en cualquier vehículo o dispositivo de aviación, o desembarque de estos, salvo que haya pagado una tarifa para viajar como pasajero en un vuelo chárter o comercial con horarios programados.

Cirugía cosmética

La **cirugía** cosmética no incluye la **cirugía** reconstructiva cuando el servicio sea secundario o posterior a una **cirugía** que se realice como consecuencia de un traumatismo, una infección u otras enfermedades de la parte involucrada, y la **cirugía** reconstructiva por enfermedades o anomalías congénitas de un hijo **dependiente cubierto**.

Cuidado no médico.

Estos son algunos ejemplos:

- Cuidado institucional. Incluye habitación y comida para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecencia.
- Ayuda para caminar, afeitarse, bañarse, vestirse, acostarse, levantarse, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier servicio que pueda prestar o aprender a brindar una persona cubierta sin capacitación médica o paramédica.

Cuidado dental

Cuidado dental general o de rutina, y cirugía dental, excepto en estos casos:

- Como resultado de una lesión accidental a un diente sano y natural.
- Cuando se necesite para el tratamiento de enfermedades o anomalías congénitas.

Exámenes

Salvo que se especifique en la sección “Beneficios según el plan”, no se pagarán beneficios para exámenes físicos de rutina.

Servicios de planificación familiar.

- Aborto electivo. Según se usa en este documento, un aborto electivo es el que se realiza por un motivo distinto de preservar la vida de la embarazada.
- Cualquier método, dispositivo o material anticonceptivo, o procedimiento de esterilización.
- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento relacionado.

Delito grave.

Participación en un delito grave.

Cuidado de la audición

- Exámenes de audición de rutina.
- Audífonos y exámenes para recetarlos o ajustarlos.

Certámenes y actividades profesionales.

Las siguientes actividades, cuando se realicen de manera profesional:

- Cualquier actividad, concurso o deporte competitivo atlético, lo que incluye ser árbitro o entrenador, por el cual recibe un pago.
- *Bungee jumping*.
- Vuelo con ala delta (lo que incluye planeador y parapente).
- Paracaidismo u otra forma de salir de una aeronave mientras esté en vuelo, a menos que sea para salvar la vida.

- Paravelismo.
- Carreras de vehículos motorizados, incluidas las pruebas de velocidad.
- Escalada en roca o montañismo, para los que se usen sogas u otros equipos.
- Buceo.
- Caída libre.

Autolesiones o suicidio.

Salvo que sea el resultado de un trastorno diagnosticado, no se pagarán beneficios relacionados con suicidio o intento de suicidio, o lesiones autoinducidas intencionalmente.

Cuidado de la vista.

Anteojos y exámenes para recetarlos o ajustarlos.

5. Información adicional

- **Posibilidad de renovación.** La póliza se puede renovar de manera opcional.
- **Cambios en la prima.** Podemos modificar las primas. En caso de que se modifiquen las tarifas, lo notificaremos por escrito con un mínimo de 31 días de anticipación.
- **Transferibilidad.** Le otorgaremos la posibilidad de transferir su cobertura en los siguientes casos:
 - Se queda sin empleo y por ese motivo se queda sin la cobertura de la póliza.
 - Queda totalmente discapacitado o un dependiente cubierto queda totalmente discapacitado mientras recibía cobertura conforme al certificado, y la póliza finaliza.

Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Debe completar la forma de elección de transferibilidad de cobertura y enviárnosla junto con el pago de la primera prima antes de los 30 días calendario posteriores a la fecha de finalización de su cobertura conforme a la póliza. La cobertura transferida entrará en vigor el día posterior a que terminen los beneficios en virtud de la póliza.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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