



HOJA DE TARIFAS

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



Plan de Enfermedad crítica*

Usted puede inscribirse en una sola opción

No Tabaco:

Valor nominal del empleado \$10,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<20	\$3.02	\$5.66	\$3.02	\$5.66
20-24	\$3.48	\$6.35	\$3.48	\$6.35
25-29	\$4.10	\$7.29	\$4.10	\$7.29
30-34	\$4.95	\$8.56	\$4.95	\$8.56
35-39	\$6.28	\$10.56	\$6.28	\$10.56
40-44	\$8.67	\$14.14	\$8.67	\$14.14
45-49	\$12.60	\$20.04	\$12.60	\$20.04
50-54	\$19.10	\$29.80	\$19.10	\$29.80
55-59	\$28.39	\$43.74	\$28.39	\$43.74
60-64	\$40.39	\$61.74	\$40.39	\$61.74
65-69	\$55.36	\$84.20	\$55.36	\$84.20
70+	\$69.73	\$105.77	\$69.73	\$105.77

Valor nominal del empleado: \$20,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<20	\$4.61	\$8.33	\$4.61	\$8.33
20-24	\$5.52	\$9.70	\$5.52	\$9.70
25-29	\$6.77	\$11.57	\$6.77	\$11.57
30-34	\$8.48	\$14.13	\$8.48	\$14.13
35-39	\$11.14	\$18.13	\$11.14	\$18.13
40-44	\$15.90	\$25.28	\$15.90	\$25.28
45-49	\$23.76	\$37.07	\$23.76	\$37.07
50-54	\$36.77	\$56.60	\$36.77	\$56.60
55-59	\$55.36	\$84.48	\$55.36	\$84.48
60-64	\$79.34	\$120.47	\$79.34	\$120.47
65-69	\$109.28	\$165.40	\$109.28	\$165.40
70+	\$138.03	\$208.54	\$138.03	\$208.54

Tabaco:

Valor nominal del empleado \$10,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<20	\$4.11	\$7.49	\$4.11	\$7.49
20-24	\$4.88	\$8.64	\$4.88	\$8.64
25-29	\$5.93	\$10.22	\$5.93	\$10.22
30-34	\$7.37	\$12.38	\$7.37	\$12.38
35-39	\$9.61	\$15.75	\$9.61	\$15.75
40-44	\$13.62	\$21.77	\$13.62	\$21.77
45-49	\$20.24	\$31.71	\$20.24	\$31.71
50-54	\$31.21	\$48.16	\$31.21	\$48.16
55-59	\$46.86	\$71.65	\$46.86	\$71.65
60-64	\$67.07	\$101.97	\$67.07	\$101.97
65-69	\$92.29	\$139.82	\$92.29	\$139.82
70+	\$116.51	\$176.16	\$116.51	\$176.16

Valor nominal del empleado: \$20,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<20	\$6.79	\$11.98	\$6.79	\$11.98
20-24	\$8.33	\$14.28	\$8.33	\$14.28
25-29	\$10.43	\$17.44	\$10.43	\$17.44
30-34	\$13.30	\$21.75	\$13.30	\$21.75
35-39	\$17.79	\$28.49	\$17.79	\$28.49
40-44	\$25.82	\$40.54	\$25.82	\$40.54
45-49	\$39.06	\$60.41	\$39.06	\$60.41
50-54	\$60.98	\$93.31	\$60.98	\$93.31
55-59	\$92.30	\$140.30	\$92.30	\$140.30
60-64	\$132.71	\$200.93	\$132.71	\$200.93
65-69	\$183.16	\$276.63	\$183.16	\$276.63
70+	\$231.60	\$349.32	\$231.60	\$349.32

* Las tarifas se basan es su edad actual (la de los suscriptores), pero aumentarán a medida que alcanza una franja de edad más alta.



Plan de Indemnización hospitalaria

Usted puede inscribirse en una sola opción

<u>Bajo</u>	<u>Costo</u>
Sólo para usted	\$9.34
Usted mismo y su cónyuge	\$18.99
Usted mismo más niño(s)	\$14.79
Usted y su familia	\$23.33

<u>Alto</u>	<u>Costo</u>
Sólo para usted	\$18.18
Usted mismo y su cónyuge	\$37.25
Usted mismo más niño(s)	\$28.73
Usted y su familia	\$45.48

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

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

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

<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen:

GR-96843 and/or GR-96844; AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.

