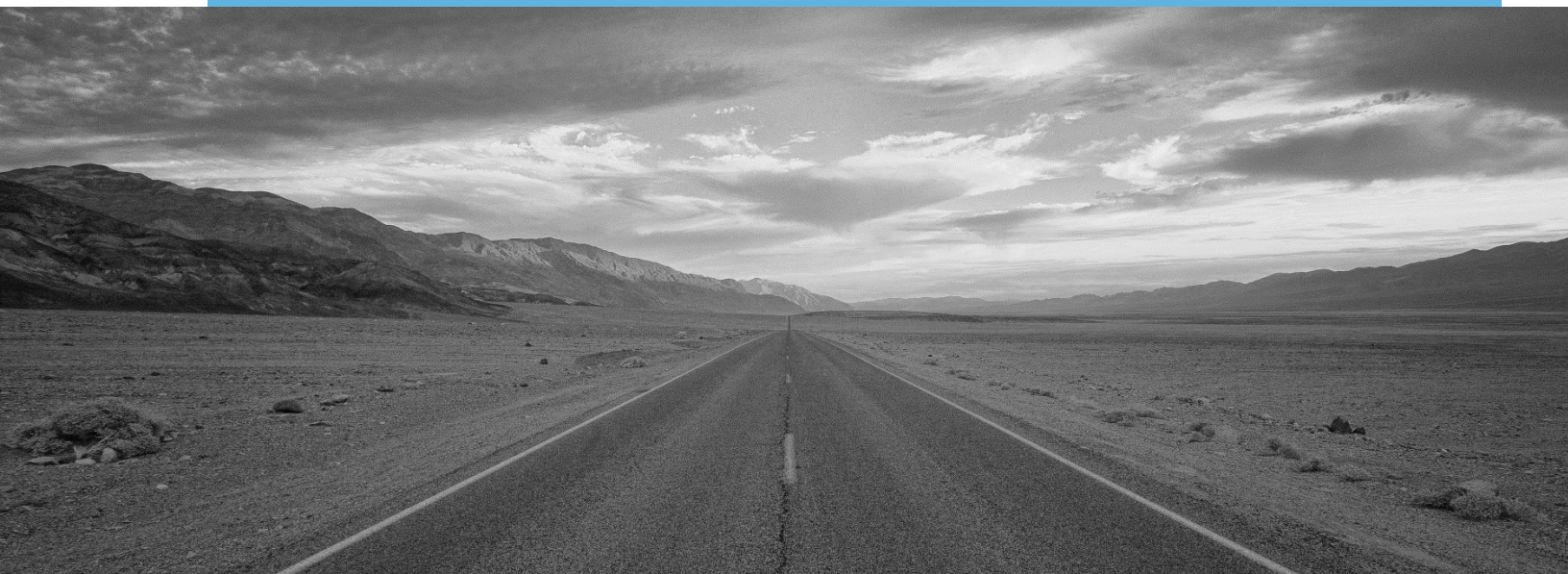


2023

Guía de beneficios

Phoenix Management Solutions y
Compañías relacionadas

Empleados regulares



La información en esta Guía se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por las compañías de seguros de la Compañía para fines de información general e inscripción. En caso de que exista alguna discrepancia entre la Guía y los documentos del plan, siempre prevalecerán los documentos del plan.

Tabla de contenidos

Información sobre inscripciones 3

Seguro médico 4

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) 7

Seguro de vida y discapacidad 8

Beneficios en el lugar de trabajo 10

Hoja de contacto 11

Información del transportista 12

Información sobre inscripciones

¿Soy elegible?

Si usted es un empleado a tiempo completo que tiene un promedio de más de 30 horas trabajadas por semana, es elegible para inscribirse en los beneficios descritos en esta guía. Usted es elegible para recibir beneficios a partir del primer día del mes siguiente a los 30 días de su fecha de contratación.

¿Cuándo puedo realizar cambios?

A menos que experimente un evento que cambie su vida y califique, no puede realizar cambios en sus beneficios hasta el próximo periodo de inscripción abierta. Los eventos que califican incluyen cosas como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Cambio en el estado de dependencia del niño
- Muerte de un cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- Cambio de residencia
- Cambio en la situación laboral o un cambio en la cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador

Seguro de Salud - Médico

Usted tiene la opción de elegir entre cuatro planes médicos con Cigna Healthcare (abajo)

	Plan Economy	Plan Standard	Plan Silver	Plan Gold
	Cigna	Cigna	Cigna	Cigna
Nombre de la red	Open Access Plus IN (OAP IN)	Open Access Plus (OAP)	Open Access Plus (OAP)	Open Access Plus (OAP)
Médico de Atención Primaria	\$40	\$35	\$30	\$25
Visita al especialista	\$75	\$70	\$60	\$50
Deducible dentro de la red (Individual / Familia)	\$3,500 / \$7,000	\$2,500 / \$7,500	\$1,500 / \$4,500	\$750 / \$2,250
Coaseguro (Red/fuera de la red)	30% / N/D	20% / 40%	20% / 40%	10% / 30%
Hospitalización	Deducible + Coaseguro	Deducible + Coaseguro	Deducible + Coaseguro	Deducible + Coaseguro
Copago de atención de emergencias	\$75	\$75	\$75	\$75
Telemedicina	Sin costo	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Cuidado preventivo	100% de la cantidad permitida en todas las ofertas de planes médicos			
Sala de emergencias	Copago de \$500 + 30%	Copago de \$500 + 20%	Copago de \$500 + 20%	Copago de \$500 + 10%
Máximo de gastos de bolsillo (Individual / Familia)	\$6,000 / \$12,000	\$5,500 / \$15,500	\$4,500 / \$13,500	\$2,250 / \$6,750
Medicamentos con prescripción Genéricas / Preferidas / No preferidas	\$10 / \$20 / \$50	\$10 / \$20 / \$50	\$10 / \$20 / \$50	\$10 / \$20 / \$50
Deducciones (semanales)				
Empleado Soltero	\$0	\$4.62	\$11.54	\$23.08
Empleado + cónyuge	\$25.38	\$80.77	\$103.85	\$126.92
Empleado + hijo(s)	\$23.08	\$63.46	\$80.77	\$103.85
Empleado + familia	\$57.69	\$155.77	\$196.15	\$253.85

¿Busca un médico? Vaya a mycigna.com y seleccione Open Access Plus como su red. Tenga en cuenta que el plan Economy es un plan de beneficios solo en la red.

<https://hcpdirectory.cigna.com/web/public/consumer/directory/search>

Seguro de Salud - Dental

Usted tiene la opción de elegir entre dos planes dentales con Guardián (abajo). Verá que el costo de los programas es el mismo: la diferencia entre los planes es el reembolso de la red. Si anticipa usar un proveedor dentro de la red, entonces el plan Value pagaría un beneficio más alto en la red. Si anticipa usar un proveedor fuera de la red, el beneficio Usual y Acostumbrado del 90% puede ser más beneficioso.

	PLAN DE COSTO MÍNIMO	PLAN NAP
Programa de reembolsos	Cuota negociada (El paciente paga los costos por encima de la tarifa negociada)	90° UCR
Servicios preventivos	100%	100%
Deducible (Individual / Familia)	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Servicios básicos	100%	80%
Servicios especializados	60%	50%
Cobertura de ortodoncia (Niños hasta los 19 años)	50% \$1,000 máximo por miembro de por vida	50% \$1,000 máximo por miembro de por vida
Máximo Anual	\$1,500	\$1,500
Deducciones (semanales)		
Empleado Soltero	\$7.02	\$7.02
Empleado + cónyuge	\$14.26	\$14.26
Empleado + hijo(s)	\$17.80	\$17.80
Empleado + familia	\$26.69	\$26.69

¿Busca un médico? Vaya a guardiananytime.com y/o use la aplicación Guardian Anytime. Nuestros planes están en la red DentalGuard

Seguro de Salud - Visión

Usted tiene la opción de un plan de visión con Guardian (abajo). El uso de un proveedor dentro de la red permitirá el nivel más alto de cobertura y la cantidad más baja que deberá pagar de su bolsillo.

	Beneficio y frecuencia
Examen de la vista	\$10 de copago (Cada año calendario)
Lentes Visión única, bifocal, trifocal, lenticular También puede sustituir a los contactos	Copago de material de \$15 (Cada año calendario)
Marcos	Asignación de \$130, luego 20% de descuento (una vez cada dos años calendario)
Deducciones (semanales) Empleado Soltero Empleado + cónyuge Empleado + hijo(s) Empleado + familia	 \$1.68 \$2.82 \$2.88 \$4.55

¿Busca un médico? Vaya a guardiananytime.com y/o use la aplicación Guardian Anytime. Guardian utiliza la red VSP.

Cuentas de Gastos Flexibles

Todos los empleados de tiempo completo son elegibles para elegir y participar en una Cuenta de Gastos Flexible (FSA, por sus siglas en inglés) a través de Ameriflex. Las FSA son cuentas de reembolso que le permiten reducir sus ingresos imponibles al reservar las ganancias antes de impuestos para pagar los gastos calificados incurridos dentro del año calendario, del 1 de enero al 31 de diciembre.

FSA de atención médica: puede abrir una cuenta FSA para gastos de atención médica hasta el límite del IRS cada año. El límite de contribución de 2023 es de \$3,050 y el límite de transferencia es de \$610. Tenga en cuenta que los fondos no utilizados durante la reinversión máxima se perderán al final del año calendario, así que planifique cuidadosamente antes de hacer sus elecciones. La función de "arrastre" se aplica solo a la FSA de atención médica.

FSA de Cuidado a Dependiente: Usted puede abrir una cuenta de la FSA para los gastos de Cuidado a Dependientes hasta el límite del IRS cada año. En 2023, el máximo es de \$5,000. Tenga en cuenta que los fondos no utilizados se perderán al final del año del plan, así que planifique cuidadosamente antes de hacer sus elecciones.

Ejemplo de gastos elegibles

FSA de Salud

- Deducibles, Copagos, Coaseguros
- Cuidado dental (empastes, radiografías, ortodoncia)
- Cuidado de la visión (exámenes, anteojos, lentes de contacto)
- Prescripciones, inmunizaciones
- Medicamentos de venta libre
- Fisioterapia, logopedia
- Acupuntura, quiropráctico

FSA para Cuidado de Personas Dependientes

- Niñera (siempre y cuando el cuidador no sea su dependiente)
- Guardería, preescolar, programas extraescolares
- Campamento de verano (no campamento para dormir)
- Cuidado de dependientes o ancianos (mientras trabaja o busca trabajo)

Información Adicional:

Para ver los gastos elegibles, visite <https://tax.thomsonreuters.com/site/hcet-ebia/ameriflex> o para obtener más información sobre los beneficios de una FSA, visite myameriflex.com/participants.

Seguro de vida y de muerte accidental o desmembramiento (AD&D)

Seguro de Vida básico, pagado por la Compañía: la Compañía ofrece su seguro de vida, a través de Guardian, que puede ayudar a proporcionar ayuda a sus seres queridos si algo le sucede a usted. Phoenix Management Solutions y las Compañías Relacionadas brindan a los empleados de tiempo completo \$15,000 en seguro de vida y AD&D de grupo.

La compañía paga el costo total de este beneficio, lo que significa que usted no es responsable de pagar ninguna prima mensual. Se le inscribirá automáticamente en este beneficio. Para ser elegible para la cobertura, debe ser considerado activamente en el trabajo. Póngase en contacto con Recursos Humanos si desea actualizar la información de su beneficiario durante el año del plan. Esta es una cobertura solo para empleados. La cobertura para cónyuges e hijos no está disponible.

Seguro de vida adicional: Además de seguro de vida básico, usted es elegible para un seguro de vida voluntario del cual, mediante deducciones semanales de nómina, usted deberá pagar el costo total de la cobertura. Puede comprar cobertura para usted (en incrementos de \$10,000/mínimo de \$10,000/máximo de \$250,000/Garantía de Emisión de \$100,000 para nuevos empleados) y hasta el 100% de su elección para su cónyuge (en incrementos de \$5,000/mínimo de \$10,000/máximo de \$250,000/GE de póliza de \$25,000 para nuevos empleados). También puede elegir \$5,000 o \$10,000 de cobertura para su (s) hijo(s). El cuadro a continuación describe los costos semanales de comprar esta cobertura de vida adicional. Tenga en cuenta que debe elegir la cobertura de vida voluntaria para usted con el fin de elegir para su cónyuge y/o hijo(s). La prima del cónyuge también depende de la edad del empleado.

Costo semanal por cada \$10,000 de Cobertura de Seguro de Vida/AD&D para empleados y cónyuges										
Edad	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 a 64	65-69	70-74
Empleado	\$.31	\$.33	\$.38	\$.49	\$.65	\$.93	\$1.39	\$1.88	\$2.98	\$5.68
Cónyuge	\$.31	\$.33	\$.38	\$.49	\$.65	\$.93	\$1.39	\$1.88	\$2.98	\$5.68
Dependiente Niños	Tasas expresadas por familia por período de pago: \$5,000 de beneficio a \$0.17/semana \$10,000 de beneficio a \$0.33/semana									

Para calcular su prima voluntaria de seguro de vida/AD&D, tome el volumen de beneficios por \$10,000 de cobertura multiplicado por la tarifa semanal: Volumen de beneficios x Tasa / \$1,000 = Prima mensual

Ejemplo: Para un empleado de 40 años que solicita \$100,000 de seguro de vida, el cálculo es el siguiente:

$$\$100,000 \times \$0.49 / \$10,000 = \$4.90 \text{ por semana}$$

****Es posible que deba completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) si elige sobre los GE de la inscripción inicial**** Tenga en cuenta que los montos de GE no se aplican a empleados o cónyuges mayores de 65 años

Seguro de discapacidad

La compañía también ofrece a los empleados de tiempo completo beneficios de reemplazo de ingresos por discapacidad a corto y largo plazo. Ambos beneficios por discapacidad son a través de Guardian. Sin cobertura por discapacidad, usted y su familia pueden tener dificultades para sobrevivir si falta al trabajo debido a una lesión o enfermedad. En el caso de que quede discapacitado por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, los beneficios de ingresos por discapacidad pueden proporcionar un reemplazo parcial de los ingresos perdidos. Usted no es elegible para recibir los beneficios por discapacidad a corto plazo si está recibiendo los beneficios por compensación laboral. Inicie sesión en su

portal de beneficios para estimar sus costos: las tarifas se calculan según su edad y los ingresos que está cubriendo. La página siguiente también contiene tarifas para la cobertura.

La póliza de discapacidad a corto plazo se deducirá de la nómina si decide elegir y la compañía paga la póliza de discapacidad a largo plazo. Póngase en contacto con Recursos Humanos si desea asistencia para presentar un reclamo por discapacidad con Guardian.

Discapacidad a corto plazo	
Los beneficios comienzan	En el 8 ^o día por accidente y en el 8 ^o día por enfermedad
Beneficio semanal primario	60% de sus ganancias previas a la discapacidad hasta un máximo de \$1,500 (redondeado a incrementos de \$100 basados en las ganancias base)
Monto de Beneficios	Beneficio semanal primario menos otras fuentes de ingresos
Definición de ganancias	Salario base
Período de pago de beneficios	Hasta 13 semanas después de que se cumpla el período de eliminación
Condición preexistente	3/12
Maternidad	Tratado de la misma manera que cualquier otra discapacidad

Discapacidad a largo plazo	
Los beneficios comienzan	En el día 91 (todos los demás estados) / En el día 181 (solo CA)
Beneficio mensual primario	60% de sus ganancias previas a la discapacidad hasta \$5,000
Monto de Beneficios	Beneficio mensual primario menos otras fuentes de ingresos
Definición de ganancias	Salario base
Plazo máximo Por pagar	Hasta edad de jubilación normal de Seguridad Social (SSNRA)

Tarifas mensuales por discapacidad a corto plazo									
Edad	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	más de 60
Tarifas mensuales	\$0.457	\$0.570	\$0.941	\$0.798	\$0.542	\$0.542	\$0.684	\$0.827	\$1.197

Para calcular su beneficio semanal por discapacidad a corto plazo, multiplique el 60% de su pago semanal antes de impuestos.

Multiplique el beneficio semanal por la tarifa mensual mencionada anteriormente y divida entre 10:

Ejemplo: Para una persona de 40 años que gana \$1,000 /semana en salarios brutos, el cálculo es el siguiente:

$\$1,000 \times 60\% = \600 Beneficio semanal

$\$600 \text{ Beneficio semanal} \times 0.542 \text{ y dividir entre } 10 = \32.52 por mes

Long Term Disability Weekly Deductions									
LTD Monthly Benefit	Minimum Annual Salary Required	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
\$500	\$10,000	\$0.26	\$0.52	\$0.81	\$1.11	\$1.45	\$1.97	\$2.31	\$2.03
\$1,000	\$20,000	\$0.52	\$1.05	\$1.62	\$2.22	\$2.90	\$3.93	\$4.62	\$4.06
\$1,500	\$30,000	\$0.78	\$1.57	\$2.43	\$3.32	\$4.35	\$5.90	\$6.93	\$6.09
\$2,000	\$40,000	\$1.03	\$2.09	\$3.24	\$4.43	\$5.79	\$7.87	\$9.24	\$8.12
\$2,500	\$50,000	\$1.29	\$2.61	\$4.05	\$5.54	\$7.24	\$9.84	\$11.56	\$10.15
\$3,000	\$60,000	\$1.55	\$3.14	\$4.86	\$6.65	\$8.69	\$11.80	\$13.87	\$12.18
\$3,500	\$70,000	\$1.81	\$3.66	\$5.67	\$7.75	\$10.14	\$13.77	\$16.18	\$14.22
\$4,000	\$80,000	\$2.07	\$4.18	\$6.48	\$8.86	\$11.58	\$15.74	\$18.49	\$16.25
\$4,500	\$90,000	\$2.33	\$4.71	\$7.29	\$9.97	\$13.03	\$17.71	\$20.80	\$18.28
\$5,000	\$100,000	\$2.58	\$5.23	\$8.10	\$11.08	\$14.48	\$19.67	\$23.11	\$20.31

Programa de Asistencia para Empleados (EAP)

Este beneficio es pagado por la Compañía, y proporciona servicios gratuitos y confidenciales para empleados y dependientes que se ocupan de una serie de problemas personales y está disponible por teléfono y en persona. En este programa están incluidas hasta tres visitas en persona por ocurrencia por año. Los servicios pueden coordinarse con Cigna para que cualquier cita adicional de salud mental pueda cubrirse con su seguro de Cigna (o cualquier otro seguro que pueda tener a través de un cónyuge o padre).

Beneficios voluntarios en el "lugar de trabajo"

Hay programas adicionales en los que puede participar que le ofrecen beneficios que complementan su plan médico. Estos planes cubren diferentes tipos de necesidades y pagan cantidades fijas en función del tipo de reclamación que se presenta. Estos montos pueden usarse para costos no pagados por el seguro (deducible, copagos y coseguro) o cualquier otro gasto, como alimentos, alquiler u otros gastos familiares.

Seguro contra accidentes

Los accidentes son parte de la vida cotidiana y su seguro médico probablemente no cubrirá todos los gastos adicionales. El seguro de accidentes es un beneficio que puede usar para facturas médicas, gastos de bolsillo o para cualquier otro propósito. Puede conseguir las tarifas para este beneficio en el portal de beneficios.

Seguro para enfermedades graves

2023 Guía de beneficios – Empleados regulares

El seguro de enfermedad crítica está diseñado para ayudar a pagar los costos asociados con la ocurrencia de un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, cáncer u otras enfermedades graves. Usted elige su nivel de beneficio: \$5,000 a 25,000. Consulte su portal de beneficios para calcular los costos para usted.

Indemnización por hospitalización

El seguro de indemnización hospitalaria está diseñado para pagarle una cantidad fija por una estadía en el hospital y un costo por día. El monto se puede usar para compensar cualquier costo de deducible/coseguro en el plan médico. Si es admitido en el hospital, el beneficio pagaría \$1,500 por estadía y \$100 adicionales por día que esté en el hospital (\$200 si está en la UCI). Consulte su portal de beneficios para calcular los costos para usted.

Ficha de contacto

Cigna (Médico)

00638100

Servicio 24 horas: 800-244-6224

www.myCigna.com

Guardian (Dental, Visión, Vida y Discapacidad, Beneficios Voluntarios)

#570352

Teléfono Dental: 1-800-541-7846

Red de Visión: VSP

Teléfono de Visión: 1-800-541-7846

Teléfono de Vida: 1-800-525-4542

Teléfono de discapacidad: 1-800-268-2525

Teléfono de Accidente: 1-800-541-7846

Teléfono para enfermedades graves: 1-800-268-2525

Teléfono de indemnización por hospitalización: 1-800-268-2525

Sitio web: www.guardiananytime.com

Ameriflex – Administrador de FSA

Teléfono: 1-888-868-3539

Correo electrónico: service@myameriflex.com

Sitio web: www.myameriflex.com

Programa de Asistencia para Empleados (EAP)

Cigna – 877-231-1492

Teléfono EAP: 1-800-386-7055

Elaboración de testamentos: 1-877-433-6789

Sitio web: www.ibhworklife.com

(Usuario: Matters / Contraseña: wlm70101)

Preguntas adicionales:

Equipo de Recursos Humanos de Administración de Phoenix

Información adicional



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$750/persona o \$2,250/familia Para proveedores fuera de la red : \$1,500/persona o \$4,500/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva dentro de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica , las visitas a salas de emergencias y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$2,250/persona o \$6,750/familia Para proveedores fuera de la red : \$3,000/persona o \$9,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%/visita Coseguro del 30%/otros servicios Coseguro del 30%/vacunas	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 10% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 10% en el consultorio	Coseguro del 30% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 30% en el consultorio	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$20/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$30/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$20/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$40/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$60/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$100/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$150/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 10% No se aplica ningún deducible	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 10% No se aplica ningún deducible	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 10%	Coseguro del 10%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$75/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$50/visita al consultorio** Coseguro del 10% para todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%/visita al consultorio Coseguro del 30%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Multa de \$750 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$50/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** Copago de \$50/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición Coseguro del 30%/visita para atención quiropráctica	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$50/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 30%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10%	Coseguro del 30%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 10%/servicios para pacientes internados Coseguro del 10%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 30%/servicios para pacientes internados Coseguro del 30%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (20 visitas)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$750
Copagos	\$40
Coseguro	\$1,200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$2,010

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$120
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$940

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$750
■ Copago de especialista	\$50
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$750
Copagos	\$800
Coseguro	\$70
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,620

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: OAP Gold Ben Ver: 26 Plan ID: 17096914

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para presentar una queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$1,500/persona o \$4,500/familia Para proveedores fuera de la red : \$3,000/persona o \$9,000/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva dentro de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica , las visitas a salas de emergencias y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$4,500/persona o \$13,500/familia Para proveedores fuera de la red : \$9,000/persona o \$27,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$35/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$60/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita Coseguro del 40%/otros servicios Coseguro del 40%/vacunas	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 20% en el consultorio	Coseguro del 40% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 40% en el consultorio	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$20/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$30/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$20/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$40/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$60/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$100/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$150/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 20% No se aplica ningún deducible	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 20% No se aplica ningún deducible	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$75/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$60/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita al consultorio Coseguro del 40%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Multa de \$750 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Childbirth/delivery professional services	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$60/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** Copago de \$60/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición Coseguro del 40%/visita para atención quiropráctica	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$60/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 40%/servicios para pacientes internados Coseguro del 40%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (20 visitas)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$50
Coseguro	\$2,200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$3,770

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$120
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,040

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago de especialista	\$60
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$980
Copagos	\$800
Coseguro	\$90
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,870

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: OAP Silver Ben Ver: 26 Plan ID: 17096887

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para presentar una queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$2,500/persona o \$7,500/familia Para proveedores fuera de la red : \$5,000/persona o \$15,000/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva dentro de la red, las visitas al consultorio, las pruebas de diagnóstico , los medicamentos que requieren receta médica y las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$5,500/persona o \$16,500/familia Para proveedores fuera de la red : \$11,000/persona o \$33,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$35/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$70/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita Coseguro del 40%/otros servicios Coseguro del 40%/vacunas	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 20% en el consultorio	Coseguro del 40% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 40% en el consultorio	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$20/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$30/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados . Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$20/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$40/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$60/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista, 30 días); copago de \$100/receta (farmacia minorista, 90 días); copago de \$150/receta (entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 20%	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$75/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$70/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita al consultorio Coseguro del 40%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Multa de \$750 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina (por ejemplo, hospitalización parcial, etc.).
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$70/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** Copago de \$70/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición Coseguro del 40%/visita para atención quiropráctica	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 20 visitas por año para fisioterapia, de 20 visitas por año para terapia del habla, de la audición y ocupacional y de 20 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de \$70/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición	Multa de \$750 por no precertificar terapia del habla fuera de la red. Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 40%/servicios para pacientes internados Coseguro del 40%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de \$750 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (20 visitas)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Copago de especialista	\$70
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$50
Coseguro	\$1,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,270

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Copago de especialista	\$70
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$920

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Copago de especialista	\$70
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,430
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,330

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: OAP Standard Ben Ver: 26 Plan ID: 17096850

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para presentar una queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red : \$3,500/persona o \$7,000/familia Deducible médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan , cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. La atención preventiva dentro de la red, las visitas al consultorio, las visitas a salas de emergencias y las visitas a instalaciones de atención de urgencia .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$6,000/persona o \$12,000/familia Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$40/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$75/visita Sin cargo/visita al MDLIVE** No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo/visita** Sin cargo/otros servicios** Sin cargo/vacunas** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 30% en instalaciones para pacientes en consulta externa Coseguro del 30% en el consultorio	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$10/receta (farmacia minorista 30 días), copago de \$30/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para un máximo de 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) y a un suministro para un máximo de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para los medicamentos especializados .
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Copago de \$20/receta (farmacia minorista 30 días), copago de \$60/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Copago de \$50/receta (farmacia minorista 30 días), copago de \$150/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días)	Sin cobertura	Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 30% No se aplica ningún deducible	Copago de \$500/visita, más un coseguro del 30% No se aplica ningún deducible	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de \$75/visita No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de \$75/visita al consultorio** Coseguro del 30%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo.
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 30%	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 30%	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 100 visitas por año. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$75/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** Copago de \$75/visita para atención quiropráctica** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 25 visitas por año para fisioterapia, terapia del habla, de la audición y ocupacional y un límite máximo de 12 visitas por año para servicios de atención quiropráctica. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de habilitación	Copago de \$75/visita para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la audición** **No se aplica ningún deducible	Sin cobertura	Los servicios están cubiertos cuando son medicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 30%/servicios para pacientes internados Coseguro del 30%/servicios para pacientes en consulta externa	Sin cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Enfermería de práctica privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de la vista de rutina (niños) • Atención de los pies de rutina • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (12 visitas)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-866-494-2111. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas al (800) 252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago de especialista	\$75
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,500
Copagos	\$40
Coseguro	\$2,500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$6,020

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago de especialista	\$75
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos por recetas](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,500
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$4,120

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Copago de especialista	\$75
■ Coseguro de hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)
[Prueba diagnóstica](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$990
Copagos	\$900
Coseguro	\$100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,990

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: OAPIN Economy Ben Ver: 26 Plan ID: 17096946

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a

ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)
Los formularios para presentar una queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên của quý vị. Các trường hợp khác, xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION : Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوایان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).



Bienvenido a los

Beneficios en el lugar de trabajo

Todos merecen un Guardian

Todos los días, Guardian ofrece a 26 millones de estadounidenses la seguridad que merecen a través de nuestros productos y servicios de gestión de patrimonios y seguros.

Nos hemos asociado con su organización para ofrecerle una variedad de beneficios para los empleados. Dentro de este paquete, encontrará los planes de los que su empleador cree que podría beneficiarse.

Conozca sus beneficios

Sus beneficios respaldan su bienestar físico y financiero, para ayudar a que usted y sus seres queridos estén protegidos.

Con Guardian, estás en buenas manos. Venimos cumpliendo nuestras promesas por más de 150 años y esperamos hacer lo mismo por usted también.

1

Lea esta información.

2

Obtenga más información sobre sus beneficios.

3

Hable con su empleador si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

Sus opciones de cobertura



Seguro dental

Cuidar sus dientes y su salud de forma integral



Seguro de visión

Para el cuidado de su vista y los problemas de salud relacionados



Seguro de vida

Protección del futuro financiero de su familia



Seguro de incapacidad

Cobertura si no puede trabajar temporalmente



Seguro de enfermedad crítica

Se encarga de los gastos si usted se encuentra críticamente enfermo



Seguro de accidentes

Lo ayuda a cubrir los gastos después de un accidente



Seguro de indemnización hospitalaria

Cubre algunos de los costos de su hospitalización

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro dental

Cuidar su dentadura es más que solo cubrir la caries y las limpiezas. También significa tener en cuenta el trabajo dental más costoso y su salud general.

Con el seguro dental, la atención preventiva de rutina puede mejorar su salud en general. Además, usted podrá ahorrar dinero si se requiere algún trabajo dental extensivo.

¿Para quién es?

Todos deben tener acceso a una excelente cobertura dental, por lo que ofrecemos planes integrales que están disponibles a través de los empleadores como parte de sus ofertas de beneficios.

¿Qué cubre?

El seguro dental ayuda a proteger su cuidado bucal general. Esto incluye servicios como limpiezas preventivas, radiografías, servicios restauradores como empastes y otras formas más graves de cirugía bucal si alguna vez las necesita.

¿Por qué debería considerarlo?

Una mala salud bucal no solo es estética, también se relaciona con enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. Por lo tanto, aunque el cepillado y el uso del hilo dental diarios pueden ayudar a mantener los dientes limpios, nada debe reemplazar las visitas regulares al dentista.



Mantenerse saludable

Joe visita a su dentista para una limpieza dental de rutina, de modo que cuiden sus dientes y su salud en general.

La salud bucal es más que solo dientes y encías. También es esencial por muchas otras razones de salud y bienestar:

Enfermedad cardiovascular:

Algunas investigaciones sugieren que las enfermedades cardíacas, las arterias obstruidas y las infecciones pueden vincularse a la inflamación y las infecciones por bacterias bucales.

Osteoporosis: Los huesos débiles y frágiles pueden estar vinculados a la pérdida de dientes.

Diabetes: Las investigaciones demuestran que a las personas con enfermedad de las encías les resulta más difícil controlar sus niveles de azúcar en la sangre.

Enfermedad de Alzheimer: La pérdida de dientes antes de los 35 años de edad puede ser un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

Toda la información contenida aquí es de Mayo Clinic, Oral Health: A Window to Your Overall Health, www.mayoclinic.com, 2018.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Su cobertura dental

Opción 1: VALUE, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista de una PPO. Fuera de la red, los beneficios están limitados a nuestro programa de honorarios PPO.

Opción 2: NAP, puede ir a cualquier dentista, pero paga menos dinero de su bolsillo cuando escoge un dentista en el PPO. Los beneficios fuera de la red se basan en un percentil de los datos de honorarios vigentes para el código postal del dentista.

Su plan dental	Opción 1: VALUE		Opción 2: NAP	
Su red es	DentalGuard Preferred		DentalGuard Preferred	
Su prima Semanal	\$7.03		\$7.03	
Usted y su cónyuge	\$14.27		\$14.27	
Usted y sus hijos	\$17.81		\$17.81	
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$26.69		\$26.69	
Deducible por Año calendario	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Límite familiar	3 por familia		3 por familia	
No aplicable a	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>	<i>Dentro de la Red</i>	<i>Fuera de la Red</i>
Atención preventiva	100%	100%	100%	100%
Atención básica	100%	100%	80%	80%
Atención mayor	60%	60%	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
Beneficio máximo anual	\$1500		\$1500	
Traslado del Máximo	Sí		Sí	
Límite de Traslado	\$700		\$700	
Importe Trasladable	\$350		\$350	
Límite Trasladable de la Cuenta	\$1250		\$1250	
Beneficio Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$1000		\$1000	
Límites de edad del dependiente	26		26	



Su cobertura dental

Una muestra de servicios cubiertos for su plan:

		Opción 1: VALUE		Opción 2: NAP	
		<i>El plan paga (en promedio)</i>		<i>El plan paga (en promedio)</i>	
		<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Atención preventiva	Limpieza (profilaxis)	100%	100%	100%	100%
	Frecuencia:	Una vez cada 6 meses		Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con fluoruro	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 19 años		Menos de 19 años	
	Exámenes bucales	100%	100%	100%	100%
	Mantenimiento periodontal	100%	100%	100%	100%
	Frecuencia:	Una vez cada 3 meses		Una vez cada 3 meses	
	Selladores (por diente)	100%	100%	100%	100%
	Radiografías	100%	100%	100%	100%
Atención básica	Anestesia*	100%	100%	80%	80%
	Empastes‡	100%	100%	80%	80%
	Cirugía periodontal	100%	100%	80%	80%
	Tratamiento de conducto/raíz	100%	100%	80%	80%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	100%	100%	80%	80%
	Extracciones simples	100%	100%	80%	80%
	Extracciones complejas	100%	100%	80%	80%
Atención mayor	Puentes y dentaduras postizas	60%	60%	50%	50%
	Implantes dentales	60%	60%	50%	50%
	Incrustaciones, incrustaciones oclusales, fundas**	60%	60%	50%	50%
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y dentaduras postizas	60%	60%	50%	50%
	Coronas individuales	60%	60%	50%	50%
Ortodoncia	Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
	Límites:	Hijos		Hijos	

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios indicará exactamente qué está cubierto y qué está excluido. **En el caso de PPO o miembros de planes con reintegro, las coronas, los tratamientos de ortodoncia o dentadura y las fundas , se cubren sólo por caries o lesiones u otras patologías cuando la pieza no pueda repararse con una amalgama o material de empaste compuesto. Cuando la cobertura de ortodoncia sea para "Niños" únicamente, el mantenimiento de la ortodoncia puede continuar todo el tiempo que continúe la condición de estudiante de tiempo completo. Si la cobertura de Ortodoncia es para "Adultos y niños", no aplica esta limitación. *Anestesia general - aplican restricciones. ‡En el caso de PPO y miembros de planes con reintegro, podrán aplicarse limitaciones de empastes a empastes compuestos.



Su cobertura dental

Gestione sus beneficios:

Visite www.Guardianlife.com para acceder a la información segura sobre sus beneficios de Guardian, incluido el acceso a una imagen de su tarjeta de identificación. Su cuenta en línea se configurará dentro de 30 días luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

Busque un dentista:

Visite www.Guardianlife.com. Haga clic en "Find A Provider" (Buscar un Proveedor); Necesitará saber su plan, las cuales se pueden encontrar en la primera página de su resumen de beneficio dental.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- Información importante sobre los planes PPO de DentalGuard Indemnity y Red DentalGuard Preferred de Guardian: Esta póliza otorga seguro dental únicamente. La cobertura se limita a los gastos que resulten necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, defectos o lesiones dentales. Se aplican deducibles. El plan no paga lo siguiente: servicios de higiene bucal (salvo los cubiertos dentro de los servicios preventivos); ortodoncia (a menos que se indique expresamente lo contrario); tratamientos cosméticos o experimentales (a menos que se indique expresamente lo contrario); todo tratamiento en que los beneficios sean pagados por cualquier otra parte o por el que no se cobre ningún cargo; dispositivos protésicos a menos que se cumplan ciertas condiciones; y servicios accesorios a tratamiento quirúrgicos. El plan limita los beneficios para consultas de diagnóstico y para servicios preventivos,

restauradores, endodónticos, periodónticos y protodónticos. Los servicios, exclusiones, y limitaciones indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen únicamente. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-DG2000 y otros.

- **Limitación Especial de Reintegro y/o PPO:** Pérdida o falta de dientes antes de que la persona cubierta quede asegurada por este plan. La persona cubierta puede tener uno o más dientes faltantes de nacimiento o haber perdido uno o más dientes antes de quedar asegurada por este plan. No pagaremos los dispositivos protésicos que reemplacen a dichos dientes, salvo que los dispositivos también reemplacen a uno o más dientes naturales perdidos o extraídos después de que la persona haya quedado cubierta por este plan. R3-DG2000

El seguro DentalGuard está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza proporciona seguro DENTAL únicamente. Formulario de la póliza # GP-1-DG2000, et al, GP-1-DEN-16

Programa de recompensas Oral Health Rewards

Las visitas regulares al dentista pueden ayudar a prevenir y detectar los primeros signos de enfermedades graves.

Es por eso que el programa de recompensas Oral Health Rewards de trasladable máximo Guardian alienta y recompensa a los miembros que visitan al dentista, ya que transfiere parte de su máximo anual sin utilizar a una cuenta de trasladable máximo (MRA). Puede utilizar esta cuenta en años futuros si se alcanza el máximo anual del plan.

Cómo funciona el trasladable máximo *

De acuerdo con el máximo anual de un plan, si las reclamaciones realizadas durante un año determinado no alcanzan un límite especificado, el monto establecido del trasladable máximo se puede traspasar.

Máximo anual del plan**	Límite	Monto del trasladable máximo	Límite de la cuenta de trasladable máximo
\$1,500 Reembolso del máximo de reclamaciones	\$700 Monto de reclamaciones que determina la elegibilidad para el traspaso	\$350 Se agrega dinero adicional al máximo anual de un plan para años futuros	\$1,250 El límite que no se puede exceder dentro de la cuenta de trasladable máximo

* Este ejemplo se creó solo con fines ilustrativos.

** Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO frente a los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1,500/\$1,000 para aquellos que no son de una PPO), el máximo que no es de una PPO determina el plan de trasladable máximo. Es posible que no esté disponible en todos los estados. El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. La información proporcionada en estas comunicaciones es solo para fines informativos. Formulario de póliza dental n.º GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America®© Copyright 2019 The Guardian Life Insurance Company of America.



Traspaso automático

Presente una reclamación (sin exceder el límite de reclamaciones pagadas por año de beneficio) y Guardian transferirá una parte de su máximo dental anual no utilizado.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

guardianlife.com

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

2020-105050 (07/22)

Guardian Choice

Con el seguro dental de Guardian, tiene la flexibilidad de elegir un plan que se adapte a sus necesidades y lo ayude a ahorrar.

Los dos planes dentales disponibles están diseñados para mantenerlo saludable, y cuentan con primas idénticas. Las diferencias entre estos planes se resumen a continuación, y usted puede cambiar de plan cada año durante el período de inscripción anual.



Ahorrar es sencillo

Visite guardiananytime.com/fpapp/FPWeb/search o descargue la **aplicación móvil Guardian Anytime** para encontrar un médico de la red cerca de su ubicación.

Elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades

Elija entre:

	Value Plan	Network Access Plan
Descripción	Los beneficios dentro y fuera de la red se pagan con los mismos porcentajes de coseguro. Con ambos planes conserva la libertad de acudir a cualquier dentista, dentro o fuera de la red.	
Coseguro	Los servicios de prevención se cubren en un 100%. El coseguro por otros servicios es más alto que el que paga con Network Access Plan (mayor cobertura).	Los servicios de prevención se cubren en un 100 %. El coseguro por otros servicios es inferior al que paga con Value Plan (menos cobertura).
Dentro de la red	Los beneficios para los miembros se basan en las tarifas con descuento (negociadas).	
Fuera de la red	Los miembros pagan la diferencia con respecto a las tarifas negociadas de la red.	Los costos para los miembros se basan en las tarifas usuales y habituales (UCR).

El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, Nueva York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las enmiendas o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Formulario de la póliza n.º GP-1-DG2000 y otros.

GUARDIAN® is a registered trademark of The Guardian Life Insurance Company of America

guardianlife.com

© Copyright 2020 The Guardian Life Insurance Company of America

2020-105035 (07/22)



Seguro de visión

El seguro de visión ayuda a proteger sus ojos, ya que proporciona cobertura para los beneficios que a menudo no están cubiertos por un seguro médico regular.

Proteger su vista significa permitir las visitas de rutina al optometrista para exámenes de la vista, así como la cobertura de anteojos y lentes de contacto. Asegúrese de que su visión sea buena a cualquier edad, sin importar cuánto tiempo pase frente a las pantallas digitales.

¿Para quién es?

Incluso si tiene una visión perfecta, es importante realizarse exámenes de la vista de forma regular para asegurarse de que aún vea con claridad. Con el tiempo, la mayoría de nosotros puede necesitar corrección de la visión, por lo que ofrecemos un seguro de visión para cubrir algunos de los costos.

¿Qué cubre?

El seguro de visión cubre beneficios que generalmente no están incluidos en los planes de seguro médico. Cubre servicios como exámenes de la vista rutinarios, asignaciones para la compra de anteojos y lentes de contacto, así como descuentos en cirugía correctiva Lasik.

¿Por qué debería considerarlo?

Los exámenes de la vista regulares pueden detectar más que una visión limitada, también pueden detectar enfermedades como el glaucoma y la diabetes. Los problemas de visión son una de las incapacidades más prevalentes en los Estados Unidos, por lo que los seguros de visión son especialmente útiles para cualquier persona que necesite comprar anteojos o lentes de contacto con regularidad, o para cualquier persona que simplemente quiera ayudar a proteger su visión y salud en general.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Cobertura 20/20

David se da cuenta de que su visión se está deteriorando. Él va para un examen de la vista y es diagnosticado con miopía, lo que significa que necesita anteojos.

Costo promedio del examen de la vista: **\$171**

Costo promedio de marcos y lentes: **\$350**

Costo total: **\$521**

Con una póliza de visión de Guardian, David paga solo **\$10** por su examen de la vista. Después de **\$25** de copago, sus lentes están totalmente cubiertos y él paga **\$96** por sus marcos.

El gasto de bolsillo total de David es de **\$131**, lo que le ahorra **\$390**.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura de visión

Opción 1: Importantes ahorros de bolsillo disponibles con su plan **Full Feature** si visita uno de nuestros centros VSP de la red, incluyendo las redes más grandes de proveedores de consultorios privados, Visionworks y los centros contratados Pearle Vision.

Su plan de visión	Full Feature	
Su red es	VSP Choice Network	
Su prima semanal	\$ 1.68	
Usted y su cónyuge	\$ 2.83	
Usted y sus hijos	\$ 2.88	
Usted, su cónyuge e hijo(s)	\$ 4.56	
Copago		
Copago de exámenes	\$ 10	
Copago de materiales (renunciado para lentes de contacto electivos)	\$ 15	
Muestra de servicios cubiertos	<i>Usted paga (después del copago, si corresponde):</i>	
	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Examen de vista	\$0	Monto por encima de \$39
Lentes monofocales	\$0	Monto por encima de \$23
Lentes bifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$37
Lentes trifocales con línea divisora	\$0	Monto por encima de \$49
Lentes lenticulares	\$0	Monto por encima de \$64
Monturas	80% del monto por encima de \$130 ¹	Monto por encima de \$46
Límite de Armazón de Costco, Walmart y Sam's Club	Monto por encima de \$70	
Lentes de contacto (<i>Electivos</i>)	Monto por encima de \$130	Monto por encima de \$100
Lentes de contacto (<i>necesarios por razones médicas</i>)	\$0	Monto por encima de \$210
Lentes de contacto (<i>examen de evaluación y ajuste</i>)	Hasta un \$60	No Aplicable
Adiciones cosméticas	Promedio de 20% a 25% del precio minorista	Sin descuentos
Gafas (<i>par adicional de monturas y lentes</i>)	20% de descuento sobre el precio minorista ^{**}	Sin descuentos
Descuentos por cirugías correctivas con láser	Hasta un 15% de descuento sobre el cargo usual o un 5% de descuento sobre el precio promocional	Sin descuentos
Frecuencias de Servicio		
Exámenes	Cada año calendario	
Lentes (<i>para gafas o lentes de contacto</i>) ^{††}	Cada año calendario	
Monturas	Cada dos años calendario ^{†††}	



Su cobertura de visión

Su plan de visión	Full Feature
Descuentos dentro de la red (servicio profesional por lentes de contacto y gafas, adiciones cosméticas)	Sin límite dentro de los 12 meses del examen
Límites de edad del dependiente	26
Para encontrar a un Proveedor:	Regístrese en VSP.com para encontrar a un proveedor participante.

VSP

- Beneficios de Características Adicionales: Programa Oftalmológico Plus para Diabéticos
- ‡‡ Los beneficios incluyen cobertura de gafas o lentes de contacto, no ambos.
- ** Para que se aplique el descuento, su compra debe realizarse dentro de los 12 meses del examen de la vista.
- Solo los cargos de una compra inicial pueden utilizarse como monto autorizado para materiales. Los saldos no utilizados restantes luego de la compra inicial no pueden guardarse para utilizarse en el futuro. La única excepción sería si un miembro compra lentes de contacto de un proveedor fuera de la red, en cuyo caso puede utilizar el saldo para lentes de contacto adicionales dentro del mismo período de beneficios.
- † Extra \$20 en marcas seleccionadas.
- Los miembros pueden usar sus beneficios de la red en línea en Eyeconic.com.
- ‡‡‡ El sistema VSP considera que los lentes de contacto equivalen a un par completo de gafas (lentes y monturas), de manera que si bien el miembro puede obtener lentes de contacto un año y gafas estándar al año siguiente, el beneficio de montura no estaría disponible hasta cumplirse los 24 meses o dos años calendario, según el diseño del plan, a partir de la fecha en que el miembro obtuvo los lentes de contacto.
- Examen de revisión de retina de rutina dentro de la red cubierto después de un copago de no más de \$39.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Información importante: Esta póliza sólo proporciona seguromédico de beneficios limitados para la atención de la visión. No proporciona seguro básico de hospital ni seguromédico básico mayor, tal como los define el New York State Insurance Department. La cobertura se limita a aquellos cargos que resultan necesarios para efectuar un examen de visión de rutina. Se aplican copagos. El plan no paga lo siguiente: ejercicios ortópticos o instrucción visual y todas las pruebas suplementarias relacionadas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos y exámenes de la visión o dispositivos correctivos de la vista que exija un empleador como condición para el empleo; lentes y monturas provistos por este plan que se pierdan o rompan (excepto en los intervalos normales, cuando de todas formas se ofrecerían los servicios, o cuando existe una garantía). El plan limita los beneficios para lentesmixtos, lentes de tamaño especial, lentes fotocromáticos, lentes de color, lentes multifocales progresivos, lentes recubiertos o lamindos, monturas que excedan el importe autorizado del plan, lentes cosméticos, lentes con protección para rayos ultravioleta y procesos cosméticos opcionales. Los servicios, exclusiones, y limitaciones

indicados anteriormente no constituyen un contrato y se ofrecen a modo de resumen. Los documentos del plan de Guardian son el árbitro definitivo de la cobertura. Contrato N° GP-I-VSN-96-VIS y otros.

Cirugía correctiva con láser:

Descuentos de entre un 10% y un 20% sobre el cargo usual y acostumbrado o un 5% de descuento sobre el precio promocional de cirugía de la vista con láser. Los gastos de bolsillo de los socios están limitados a \$1,800 por cada ojo para LASIK, \$1,500 por cada ojo para PRK y \$2,300 por cada ojo para Custom LASIK, Custom PRK o Bladeless LASIK.

La cirugía con láser no es un beneficio cubierto, pero se ofrecen descuentos en los correspondientes honorarios. La persona cubierta debe pagar la totalidad del honorario reducido. También puede ocurrir que los descuentos para cirugía láser no se ofrezcan en todos los estados.

El seguro de visión de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza sólo proporciona seguro médico de beneficios limitados para la atención de la visión. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.
Formulario de la póliza # GP-I-GVSN-17

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de vida

Si le ocurre algo, el seguro de vida puede ayudar a reducir el esfuerzo financiero de su familia.

El seguro de vida ayuda a proteger las finanzas de su familia al proporcionar un beneficio en efectivo si fallece. Esto garantiza que tendrán apoyo financiero y podrán cubrir cosas importantes, desde facturas hasta costos funerarios. Con las pólizas de vida, puede obtener una protección de seguro de vida asequible durante un período de tiempo determinado.

¿Para quién es?

Las necesidades de seguro de vida de todos son diferentes, dependiendo de la situación de sus familias. Es por eso que el seguro de vida colectivo a través de un empleador es una opción más fácil y asequible que el seguro de vida individual.

¿Qué cubre?

El seguro de vida protege a sus seres queridos proporcionando un beneficio (que generalmente está exento de impuestos) si fallece.

¿Por qué debería considerarlo?

El seguro de vida es más que solo cubrir gastos. Dependiendo de sus circunstancias, podría tomarle años a su familia recuperarse de la pérdida de sus ingresos.

Con un beneficio de seguro de vida, su familia tendrá dinero adicional para realizar pagos hipotecarios y de alquiler, cubrir los gastos legales o médicos, el cuidado infantil, la educación y cualquier deuda pendiente.

El Guardian, sus subsidiarias, agentes y empleados no proporcionan asesoramiento fiscal, legal o contable. Consulte a su profesional de impuestos, legal o contable con respecto a su situación individual.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Preparar y planificar

Jorge nunca consideró comprar un seguro de vida, pero después de que le fuera ofrecido a través del trabajo, decide que es una manera inteligente de proteger a su familia.

Jorge tiene una hipoteca y, debido a que su esposa está ayudando a cuidar a su madre, ella solo trabaja medio tiempo. Además, su hija está a punto de comenzar la universidad.

Jorge analiza cómo su familia se vería afectada si lo perdieran.

Costo funerario promedio: **\$9,000**

Deuda hipotecaria promedio:
\$202,000

Costo promedio de la universidad:
\$17,000 - \$44,000

Deuda promedio familiar con tarjeta de crédito: **\$8,500**

Con un seguro de vida, Jorge puede asegurarse de que esa parte de estos costos esté cubierta si le ocurre algo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Beneficio del empleado	Su empleador ofrece cobertura de Vida básico a plazo por \$15,000 para todos los empleados a tiempo completo.	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$250,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.
Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s)	Su cobertura de Vida básico incluye cobertura mejorada por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).	Cobertura mejorada de empleado, cónyuge e hijos. Máximo 1 veces la cantidad del seguro de vida.
Beneficio para el cónyuge	N/A	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles. [†]
Beneficio por hijo	N/A	Niños de nacimiento [†] a 26 años de edad. Puede elegir una de las siguientes opciones de beneficio: \$5,000, \$10,000. Sujeto a limitaciones del estado. Consulte la página de Modelo de costos para conocer más detalles.



Su cobertura de vida

	VIDA BÁSICO	SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A PLAZO
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión hasta \$15,000 por empleado	Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años \$100,000, de 65 a 69 años \$50,000, mas de 70 años \$10,000. Cónyuge Menores de 65 años \$25,000, de 65 a 69 años \$10,000, mas de 70 años \$0. Hijos dependientes \$10,000.
Primas	Cobertura pagada por su compañía, si cumple con los requisitos de elegibilidad	Aumento en aniversario del plan una vez que se ingresa a la próxima franja de edad de 5 años
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura con usted si finaliza la relación de trabajo.	Sí, con restricciones de edad y algunas otras, incluyendo evidencia de asegurabilidad	Sí, con restricciones de edad y algunas otras
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios	Sí, con restricciones; consultar certificado de beneficios
Dispensa de primas: No deberá pagar las primas si sufre una discapacidad total.	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones	Para empleados incapacitados antes de los 60 años de edad, con extensión de primas hasta de la edad de 65 años, si cumplen las condiciones
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	50% a la edad de 70	50% a la edad de 70

Sujeto a límites de cobertura

† Vida voluntario: La cobertura para bebés se limita según la edad.

‡ La cobertura de cónyuge termina a los 70 años de edad.

El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

Opción de Elección Anual Permite a los empleados aumentar el monto de su cobertura de vida sin un examen médico cuando se vuelven a inscribir en el Plan de Vida Voluntario de la compañía. Esta opción permite a los empleados llegar a un monto de hasta \$50,000, hasta el monto de la Emisión Garantizada.

Modelos de costo de vida voluntario:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, como regla general, debe tomar entre 6 y 10 veces su ingreso anual, teniendo en cuenta los costos proyectados para poder ayudarlo a mantener el estilo de vida actual de su familia.

Semanal Primas mostradas Se incluye costo de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro(s).									
Monto de póliza seleccionado		Costo de la póliza seleccionado, grupo de edad							
Empleado		< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64 65–69†
\$10,000		\$.31	\$.33	\$.38	\$.49	\$.65	\$.93	\$ 1.39	\$ 2.98
\$20,000		\$.61	\$.66	\$.75	\$.98	\$ 1.31	\$ 1.86	\$ 2.78	\$ 5.97
\$30,000		\$.92	\$.99	\$ 1.13	\$ 1.48	\$ 1.96	\$ 2.79	\$ 4.18	\$ 8.95
\$40,000		\$ 1.23	\$ 1.32	\$ 1.51	\$ 1.97	\$ 2.61	\$ 3.72	\$ 5.57	\$ 11.94
\$50,000		\$ 1.54	\$ 1.65	\$ 1.88	\$ 2.46	\$ 3.27	\$ 4.65	\$ 6.96	\$ 14.92
\$60,000		\$ 1.84	\$ 1.98	\$ 2.26	\$ 2.95	\$ 3.92	\$ 5.58	\$ 8.35	\$ 17.90
\$70,000		\$ 2.15	\$ 2.31	\$ 2.63	\$ 3.44	\$ 4.57	\$ 6.51	\$ 9.74	\$ 20.89
\$80,000		\$ 2.46	\$ 2.64	\$ 3.01	\$ 3.93	\$ 5.23	\$ 7.44	\$ 11.13	\$ 23.87
\$90,000		\$ 2.76	\$ 2.97	\$ 3.39	\$ 4.42	\$ 5.88	\$ 8.37	\$ 12.52	\$ 26.86
\$100,000		\$ 3.07	\$ 3.30	\$ 3.76	\$ 4.92	\$ 6.53	\$ 9.30	\$ 13.92	\$ 29.84
\$110,000		\$ 3.38	\$ 3.63	\$ 4.14	\$ 5.41	\$ 7.18	\$ 10.23	\$ 15.31	\$ 32.82
\$120,000		\$ 3.68	\$ 3.96	\$ 4.51	\$ 5.90	\$ 7.84	\$ 11.16	\$ 16.70	\$ 35.81
\$130,000		\$ 3.99	\$ 4.29	\$ 4.89	\$ 6.39	\$ 8.49	\$ 12.09	\$ 18.09	\$ 38.79
\$140,000		\$ 4.30	\$ 4.62	\$ 5.27	\$ 6.88	\$ 9.14	\$ 13.02	\$ 19.48	\$ 41.77
\$150,000		\$ 4.60	\$ 4.95	\$ 5.64	\$ 7.37	\$ 9.80	\$ 13.95	\$ 20.87	\$ 44.76
\$160,000		\$ 4.91	\$ 5.28	\$ 6.02	\$ 7.87	\$ 10.45	\$ 14.88	\$ 22.27	\$ 47.74
\$170,000		\$ 5.22	\$ 5.61	\$ 6.40	\$ 8.36	\$ 11.10	\$ 15.81	\$ 23.66	\$ 50.73
\$180,000		\$ 5.53	\$ 5.94	\$ 6.77	\$ 8.85	\$ 11.76	\$ 16.74	\$ 25.05	\$ 53.71
\$190,000		\$ 5.83	\$ 6.27	\$ 7.15	\$ 9.34	\$ 12.41	\$ 17.67	\$ 26.44	\$ 56.69
\$200,000		\$ 6.14	\$ 6.60	\$ 7.52	\$ 9.83	\$ 13.06	\$ 18.60	\$ 27.83	\$ 59.68
\$210,000		\$ 6.45	\$ 6.93	\$ 7.90	\$ 10.32	\$ 13.72	\$ 19.53	\$ 29.22	\$ 62.66
\$220,000		\$ 6.75	\$ 7.26	\$ 8.28	\$ 10.81	\$ 14.37	\$ 20.46	\$ 30.61	\$ 65.65
\$230,000		\$ 7.06	\$ 7.59	\$ 8.65	\$ 11.31	\$ 15.02	\$ 21.39	\$ 32.01	\$ 68.63
\$240,000		\$ 7.37	\$ 7.92	\$ 9.03	\$ 11.80	\$ 15.67	\$ 22.32	\$ 33.40	\$ 71.61
\$250,000		\$ 7.67	\$ 8.25	\$ 9.40	\$ 12.29	\$ 16.33	\$ 23.25	\$ 34.79	\$ 74.60
Monto de póliza seleccionado									
Cónyuge									
\$10,000		\$.31	\$.33	\$.38	\$.49	\$.65	\$.93	\$ 1.39	\$ 2.98

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
\$15,000	\$.46	\$.50	\$.56	\$.74	\$.98	\$ 1.40	\$ 2.09	\$ 2.81	\$ 4.48
\$20,000	\$.61	\$.66	\$.75	\$.98	\$ 1.31	\$ 1.86	\$ 2.78	\$ 3.75	\$ 5.97
\$25,000	\$.77	\$.83	\$.94	\$ 1.23	\$ 1.63	\$ 2.33	\$ 3.48	\$ 4.69	\$ 7.46
\$30,000	\$.92	\$.99	\$ 1.13	\$ 1.48	\$ 1.96	\$ 2.79	\$ 4.18	\$ 5.63	\$ 8.95
\$35,000	\$ 1.07	\$ 1.16	\$ 1.32	\$ 1.72	\$ 2.29	\$ 3.26	\$ 4.87	\$ 6.57	\$ 10.44
\$40,000	\$ 1.23	\$ 1.32	\$ 1.51	\$ 1.97	\$ 2.61	\$ 3.72	\$ 5.57	\$ 7.51	\$ 11.94
\$45,000	\$ 1.38	\$ 1.49	\$ 1.69	\$ 2.21	\$ 2.94	\$ 4.19	\$ 6.26	\$ 8.44	\$ 13.43
\$50,000	\$ 1.54	\$ 1.65	\$ 1.88	\$ 2.46	\$ 3.27	\$ 4.65	\$ 6.96	\$ 9.38	\$ 14.92
\$55,000	\$ 1.69	\$ 1.82	\$ 2.07	\$ 2.70	\$ 3.59	\$ 5.12	\$ 7.65	\$ 10.32	\$ 16.41
\$60,000	\$ 1.84	\$ 1.98	\$ 2.26	\$ 2.95	\$ 3.92	\$ 5.58	\$ 8.35	\$ 11.26	\$ 17.90
\$65,000	\$ 2.00	\$ 2.15	\$ 2.45	\$ 3.20	\$ 4.25	\$ 6.05	\$ 9.05	\$ 12.20	\$ 19.40
\$70,000	\$ 2.15	\$ 2.31	\$ 2.63	\$ 3.44	\$ 4.57	\$ 6.51	\$ 9.74	\$ 13.13	\$ 20.89
\$75,000	\$ 2.30	\$ 2.48	\$ 2.82	\$ 3.69	\$ 4.90	\$ 6.98	\$ 10.44	\$ 14.07	\$ 22.38
\$80,000	\$ 2.46	\$ 2.64	\$ 3.01	\$ 3.93	\$ 5.23	\$ 7.44	\$ 11.13	\$ 15.01	\$ 23.87
\$85,000	\$ 2.61	\$ 2.81	\$ 3.20	\$ 4.18	\$ 5.55	\$ 7.91	\$ 11.83	\$ 15.95	\$ 25.36
\$90,000	\$ 2.76	\$ 2.97	\$ 3.39	\$ 4.42	\$ 5.88	\$ 8.37	\$ 12.52	\$ 16.89	\$ 26.86
\$95,000	\$ 2.92	\$ 3.14	\$ 3.57	\$ 4.67	\$ 6.20	\$ 8.84	\$ 13.22	\$ 17.82	\$ 28.35
\$100,000	\$ 3.07	\$ 3.30	\$ 3.76	\$ 4.92	\$ 6.53	\$ 9.30	\$ 13.92	\$ 18.76	\$ 29.84
\$105,000	\$ 3.22	\$ 3.47	\$ 3.95	\$ 5.16	\$ 6.86	\$ 9.77	\$ 14.61	\$ 19.70	\$ 31.33
\$110,000	\$ 3.38	\$ 3.63	\$ 4.14	\$ 5.41	\$ 7.18	\$ 10.23	\$ 15.31	\$ 20.64	\$ 32.82
\$115,000	\$ 3.53	\$ 3.80	\$ 4.33	\$ 5.65	\$ 7.51	\$ 10.70	\$ 16.00	\$ 21.58	\$ 34.31
\$120,000	\$ 3.68	\$ 3.96	\$ 4.51	\$ 5.90	\$ 7.84	\$ 11.16	\$ 16.70	\$ 22.51	\$ 35.81
\$125,000	\$ 3.84	\$ 4.13	\$ 4.70	\$ 6.14	\$ 8.16	\$ 11.63	\$ 17.39	\$ 23.45	\$ 37.30
\$130,000	\$ 3.99	\$ 4.29	\$ 4.89	\$ 6.39	\$ 8.49	\$ 12.09	\$ 18.09	\$ 24.39	\$ 38.79
\$135,000	\$ 4.14	\$ 4.46	\$ 5.08	\$ 6.64	\$ 8.82	\$ 12.56	\$ 18.79	\$ 25.33	\$ 40.28
\$140,000	\$ 4.30	\$ 4.62	\$ 5.27	\$ 6.88	\$ 9.14	\$ 13.02	\$ 19.48	\$ 26.27	\$ 41.77
\$145,000	\$ 4.45	\$ 4.79	\$ 5.45	\$ 7.13	\$ 9.47	\$ 13.49	\$ 20.18	\$ 27.20	\$ 43.27
\$150,000	\$ 4.60	\$ 4.95	\$ 5.64	\$ 7.37	\$ 9.80	\$ 13.95	\$ 20.87	\$ 28.14	\$ 44.76
\$155,000	\$ 4.76	\$ 5.12	\$ 5.83	\$ 7.62	\$ 10.12	\$ 14.42	\$ 21.57	\$ 29.08	\$ 46.25
\$160,000	\$ 4.91	\$ 5.28	\$ 6.02	\$ 7.87	\$ 10.45	\$ 14.88	\$ 22.27	\$ 30.02	\$ 47.74
\$165,000	\$ 5.06	\$ 5.45	\$ 6.21	\$ 8.11	\$ 10.78	\$ 15.35	\$ 22.96	\$ 30.96	\$ 49.23
\$170,000	\$ 5.22	\$ 5.61	\$ 6.40	\$ 8.36	\$ 11.10	\$ 15.81	\$ 23.66	\$ 31.90	\$ 50.73

Modelos de costo de vida voluntario *continuación*

	< 30	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69†
\$175,000	\$5.37	\$5.78	\$6.58	\$8.60	\$11.43	\$16.28	\$24.35	\$32.83	\$52.22
\$180,000	\$5.53	\$5.94	\$6.77	\$8.85	\$11.76	\$16.74	\$25.05	\$33.77	\$53.71
\$185,000	\$5.68	\$6.11	\$6.96	\$9.09	\$12.08	\$17.21	\$25.74	\$34.71	\$55.20
\$190,000	\$5.83	\$6.27	\$7.15	\$9.34	\$12.41	\$17.67	\$26.44	\$35.65	\$56.69
\$195,000	\$5.99	\$6.44	\$7.34	\$9.59	\$12.74	\$18.14	\$27.14	\$36.59	\$58.19
\$200,000	\$6.14	\$6.60	\$7.52	\$9.83	\$13.06	\$18.60	\$27.83	\$37.52	\$59.68
\$205,000	\$6.29	\$6.77	\$7.71	\$10.08	\$13.39	\$19.07	\$28.53	\$38.46	\$61.17
\$210,000	\$6.45	\$6.93	\$7.90	\$10.32	\$13.72	\$19.53	\$29.22	\$39.40	\$62.66
\$215,000	\$6.60	\$7.10	\$8.09	\$10.57	\$14.04	\$20.00	\$29.92	\$40.34	\$64.15
\$220,000	\$6.75	\$7.26	\$8.28	\$10.81	\$14.37	\$20.46	\$30.61	\$41.28	\$65.65
\$225,000	\$6.91	\$7.43	\$8.46	\$11.06	\$14.69	\$20.93	\$31.31	\$42.21	\$67.14
\$230,000	\$7.06	\$7.59	\$8.65	\$11.31	\$15.02	\$21.39	\$32.01	\$43.15	\$68.63
\$235,000	\$7.21	\$7.76	\$8.84	\$11.55	\$15.35	\$21.86	\$32.70	\$44.09	\$70.12
\$240,000	\$7.37	\$7.92	\$9.03	\$11.80	\$15.67	\$22.32	\$33.40	\$45.03	\$71.61
\$245,000	\$7.52	\$8.09	\$9.22	\$12.04	\$16.00	\$22.79	\$34.09	\$45.97	\$73.10
\$250,000	\$7.67	\$8.25	\$9.40	\$12.29	\$16.33	\$23.25	\$34.79	\$46.90	\$74.60
Monto de póliza seleccionado									
Hijo(s)									
\$5,000	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17	\$0.17
\$10,000	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33	\$0.33

Ver la columna Emisión Garantizada de la página anterior para los importes del seguro de vida voluntario GI.

Primas para aumentar el seguro de vida voluntario en incrementos de 5 años.

La cobertura de bebés es limitada durante las dos primeras semanas de la vida del niño

La prima por cobertura de cónyuge se basa en la edad del empleado.

†Se aplican reducciones de beneficios.

El importe de Emisión de la garantía puede estar sujeto a reducciones porcentuales a las edades indicadas en este resumen.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN PARA LA COBERTURA DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO (AD&D):

Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. De otro modo, su cobertura entra en vigencia una vez que haya completado un período de carencia específico. Los empleados deben estar trabajando legalmente en los Estados Unidos para ser elegibles para recibir cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de los empleados con asignaciones temporarias: (a) por más de un año; o (b) en una zona que el Departamento de Estado de Estados Unidos haya declarado peligrosa para viajar. Sujeto a variaciones específicas según el estado. Se requiere prueba de asegurabilidad para quienes se inscriben en forma tardía. La cobertura no entrará en vigencia hasta que no sea aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se otorga sujeta a una evaluación financiera satisfactoria. Sírvase remitirse al cuadernillo de la póliza para obtener una descripción completa del plan.

El seguro de vida de dependientes no entrará en vigencia si un dependiente, que no sea un recién nacido, debe estar internado en un hospital u otro centro de atención médica o no pudiera llevar a cabo las actividades normales de alguien de su edad y sexo.

No se le pagarán al empleado beneficios anticipados del seguro de vida en las siguientes circunstancias: cuando, por vías legales, se le exija al empleado utilizar el beneficio para pagar a sus acreedores; cuando una orden judicial le exija pagar el beneficio a un tercero; cuando un organismo gubernamental le exija usar el pago para recibir un beneficio gubernamental; o cuando pierda la cobertura de seguro colectivo antes de pagarse el beneficio anticipado.

Vida Voluntario únicamente:

Los beneficios no se pagarán si la muerte del asegurado ocurre como consecuencia de suicidio ocurrido dentro de los dos años de la fecha original de entrada en vigencia del seguro. Esta limitación de dos años también se aplica a cualquier aumento de beneficios. Esta

exclusión puede variar conforme a las leyes del estado. Se necesita aprobación de suscripción para las inscripciones tardías y los aumentos de beneficios.

GP-I-R-LB-90, GP-I-R-EOPT-96

Los montos de Emisión Condicional y Emisión Garantizada pueden variar según la edad y la magnitud del caso. Consulte los detalles con el Administrador del Plan. Es necesario contar con aprobación de la aseguradora para los aumentos de beneficios y las inscripciones tardías.

Muerte accidental y pérdida de miembro (AD&D): No pagamos beneficios por las pérdidas causadas por: lesiones auto-infligidas, enfermedades o tratamientos médicos, participación en un desorden civil o un delito grave, viajes en algún tipo de aeronave por cumplir deberes en dicha aeronave, or agresión armada o actos de guerra declarada o no declarada mientras se forma parte de una fuerza armada (varía según el estado), por conducir un vehículo sin licencia de conducir válida y vigente, por intoxicación legal o por consumir voluntariamente una sustancia controlada no recetada. Contrato #GP-I-R-ADCL I-00 y otros. No pagaremos más del 100% del monto del seguro por las pérdidas causadas por un mismo accidente, salvo indicación en contrario. La pérdida debe ocurrir dentro de un período de tiempo específico desde el momento del accidente. Sírvase consultar el contrato para obtener una definición específica. La definición de la pérdida puede variar según el beneficio a pagar.

Cobertura de muerte accidental y pérdida de miembro mejorada (AD&D): Una pérdida puede consistir en muerte, cuadriplegia, pérdida del habla y de la audición, pérdida de funciones cognitivas, estado de coma por más de un mes, hemiplegia o paraplegia. La pérdida debe ocurrir dentro de un período de tiempo específico desde el momento del accidente. Consulte la definición específica en el contrato. La definición de la pérdida puede variar según el beneficio a pagar.

El seguro de vida colectivo de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.

Formulario de la póliza # GP-1-LIFE-15

WillPrep

Proteja a sus seres queridos con una amplia gama de servicios dedicados diseñados para su familia.

Los servicios de WillPrep incluyen una variedad de recursos que le facilitan la tarea de preparar un testamento.

Estos van desde una biblioteca de documentos de planificación en línea hasta el acceso a profesionales con experiencia que pueden ayudarlo con los detalles más complicados.

Cómo puede utilizarlo



Acceda a documentos simples que incluyen testamentos y poderes notariales.



Hable con los consultores para discutir la planificación patrimonial.



Prepare su testamento con la ayuda o el apoyo de un abogado.

Este servicio solo está disponible si adquiere líneas de cobertura elegibles. Consulte con el administrador de su plan para obtener más detalles.

Los servicios de WillPrep son prestados por Uprise Health y sus contratistas. The Guardian Life Insurance Company of America (Guardian) no proporciona ninguno de los servicios de WillPrep. Guardian no tiene responsabilidad ni obligación alguna respecto a la atención o el asesoramiento prestado por otros proveedores o recursos dentro del programa. La presente información se suministra con fines ilustrativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de Administración estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e Uprise Health se reservan el derecho de interrumpir los servicios de WillPrep en cualquier momento y sin aviso. No se brindarán servicios legales en relación con Guardian, Uprise Health o su empleador, ni en relación con la preparación de ninguna demanda contra ellos.



Cómo acceder

Para acceder a los servicios de WillPrep, deberá contar con algunos datos personales.



Visite

willprep.uprisehealth.com



Usuario

WillPrep



Contraseña

GLIC09

Para obtener más información o asistencia, puede comunicarse por teléfono al **1 877 433 6789**.



Seguro de incapacidad

Incapacidad a corto plazo

El seguro de incapacidad cubre una parte de sus ingresos, por lo que puede pagar sus facturas si está lesionado o enfermo y no puede trabajar.

La incapacidad puede ser más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. Hay ocasiones en las que muchas incapacidades pueden deberse a enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, muchas incapacidades no están cubiertas por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

Si confía en sus ingresos para pagar los gastos cotidianos, entonces probablemente deba considerar un seguro de incapacidad. Ayuda a garantizar que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

Muchos planes de seguros de incapacidad desembolsan una parte o un porcentaje de sus ingresos si se le diagnostica una enfermedad grave o sufre una lesión que le impida hacer su trabajo.

¿Por qué debería considerarlo?

Los accidentes ocurren y usted no siempre puede anticipar si o cuándo se enfermará o lesionará. Por eso es importante tener una póliza de incapacidad que le ayude a pagar sus facturas en caso de que no pueda recibir su sueldo normal.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Reemplazo de ingresos parciales

Mike se lesiona la espalda en un accidente de bicicleta y no puede trabajar durante 13 semanas.

Licencia sin goce de sueldo:
13 semanas.

Período de eliminación: **1 semana.**

Después de un período de eliminación de 1 semana después de su accidente, la póliza de incapacidad a corto plazo de Guardian de Mike inicia y reemplaza los **\$400** de sus ingresos semanales durante las **12 semanas** restantes de su rehabilitación.

Esto le da un total de **\$4,800** para cubrir sus gastos mientras no puede trabajar.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Seguro de incapacidad

Incapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad cubre una parte de sus ingresos, por lo que puede pagar sus facturas si está lesionado o enfermo y no puede trabajar.

La incapacidad puede ser más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. Hay ocasiones en las que muchas incapacidades pueden deberse a enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, muchas incapacidades no están cubiertas por la compensación de los trabajadores.

¿Para quién es?

Si confía en sus ingresos para pagar los gastos cotidianos, entonces probablemente deba considerar un seguro de incapacidad. Ayuda a garantizar que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

¿Qué cubre?

Muchos planes de seguros de incapacidad desembolsan una parte o un porcentaje de sus ingresos si se le diagnostica una enfermedad grave o sufre una lesión que le impida hacer su trabajo.

¿Por qué debería considerarlo?

Los accidentes ocurren y usted no siempre puede anticipar si o cuándo se enfermará o lesionará. Por eso es importante tener una póliza de incapacidad que le ayude a pagar sus facturas en caso de que no pueda recibir su sueldo normal.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Reemplazo de ingresos parciales

Jim sufre un ataque cardíaco que le impide trabajar durante dos años.

Licencia sin goce de sueldo: **24 meses.**

Período de eliminación: **6 meses**

Después de un período de eliminación de 6 meses, la póliza de incapacidad a largo plazo de Guardian de Jim inicia y reemplaza los **\$2,000** de su ingreso mensual por los **18 meses** restantes de su incapacidad o enfermedad.

Esto le da un total de **\$36,000** para cubrir sus gastos mientras no puede trabajar.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura de incapacidad

	Incapacidad a Corto Plazo	Incapacidad a Largo Plazo
Cantidad de cobertura	Elija una suma de beneficio semanal entre \$100 y \$1500. Consulte las ofertas de beneficio semanal en la página de modelo de costos.	Elegir monto mensual \$500, \$1000, \$1500, \$2000 or \$2500
Plazo máximo de pago: Plazo máximo en el que puede recibir los beneficios por discapacidad.	13 semanas	Edad normal de retiro del seguro social
Inicio de beneficios por accidente: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Inicio de los beneficios por enfermedad: El plazo de discapacidad antes de que comiencen los beneficios.	Día 8	Día 91
Conversión: Le permite continuar la cobertura de discapacidad una vez que haya finalizado su plan de grupo.	No disponible	Sí
Prueba de asegurabilidad: Declaración de salud que le solicita responder algunas preguntas sobre su historia clínica.	Es posible que se requiera declaración de salud.	Es posible que se requiera declaración de salud.
Emisión garantizada: “Garantizada” significa que usted no está obligado a responder preguntas de salud para tener derecho a recibir cobertura hasta el monto especificado, inclusive, cuando el solicitante contrata la cobertura durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión de \$1500 de cobertura	Garantizamos la emisión de \$5000 de cobertura
Mínimo de horas/semanas de trabajo: Cantidad de horas mínimas que debe trabajar regularmente cada semana para recibir cobertura.	El empleador lo determina	El empleador lo determina
Condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier síntoma o condición por el que usted, en el período de tiempo específico anterior a la cobertura de este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicación recetada.	3 meses de retrosección; 12 meses después de la limitación de 2 semanas	12 meses de retrosección; 12 meses después de la exclusión
Dispensa de prima si tuviera una discapacidad: No deberá abonar la prima cuando reciba beneficios.	Sí	Sí

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN—INCAPACIDAD (cierta información puede variar de un estado a otro)

- **Incapacidad (largo plazo):** Durante los primeros dos años de incapacidad, usted recibirá el pago de los beneficios mientras no esté en condiciones de trabajar en su ocupación específica. Transcurridos dos años, continuará recibiendo beneficios en caso de no poder trabajar en ninguna ocupación conforme a su capacitación, experiencia y educación.
- **Definición de ingresos:** Su sueldo cubierto excluye bonificaciones y comisiones.



Su cobertura de incapacidad

- **Limitaciones especiales:** Se fija un límite de 24 meses de beneficios en casos de salud mental y abuso de sustancias.
- **Incentivo de trabajo:** Por una cantidad determinada de meses, no reduciremos el beneficio del plan a fin de que usted pueda recibir ganancias de medio tiempo durante su incapacidad, salvo que la suma de los beneficios y las ganancias supere el 100% de lo que ganaba antes.

Modelo de costo del plan de incapacidad a corto plazo:

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, deberá tener en cuenta sus gastos mensuales básicos actuales.

Opción I Beneficios a partir de: 8 días del accidente o 8 días de la enfermedad
13 semanas de duración de beneficios

Los montos de póliza indicados sólo se basan en ejemplos de montos de salario.

	< 25	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60+
Opción I tarifa de prima	\$0.457	\$0.570	\$0.941	\$0.798	\$0.542	\$0.542	\$0.684	\$0.827	\$1.197
<i>Costo de la elección por franja de edad</i>									
	< 25	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60+
\$8,667 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$100 Beneficio semanal	\$1.06	\$1.32	\$2.17	\$1.84	\$1.25	\$1.25	\$1.58	\$1.91	\$2.76
\$17,333 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$200 Beneficio semanal	\$2.11	\$2.63	\$4.34	\$3.68	\$2.50	\$2.50	\$3.16	\$3.82	\$5.53
\$26,000 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$300 Beneficio semanal	\$3.16	\$3.95	\$6.52	\$5.53	\$3.75	\$3.75	\$4.74	\$5.73	\$8.29
\$34,667 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$400 Beneficio semanal	\$4.22	\$5.26	\$8.69	\$7.37	\$5.00	\$5.00	\$6.31	\$7.63	\$11.05
\$43,333 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$500 Beneficio semanal	\$5.27	\$6.58	\$10.86	\$9.21	\$6.25	\$6.25	\$7.89	\$9.54	\$13.81
\$52,000 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$600 Beneficio semanal	\$6.33	\$7.89	\$13.03	\$11.05	\$7.51	\$7.51	\$9.47	\$11.45	\$16.57
\$60,667 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$700 Beneficio semanal	\$7.38	\$9.21	\$15.20	\$12.89	\$8.76	\$8.76	\$11.05	\$13.36	\$19.34
\$69,333 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$800 Beneficio semanal	\$8.44	\$10.52	\$17.37	\$14.73	\$10.01	\$10.01	\$12.63	\$15.27	\$22.10
\$78,000 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$900 Beneficio semanal	\$9.49	\$11.84	\$19.54	\$16.57	\$11.26	\$11.26	\$14.21	\$17.18	\$24.86
\$86,667 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,000 Beneficio semanal	\$10.55	\$13.15	\$21.72	\$18.42	\$12.51	\$12.51	\$15.79	\$19.09	\$27.62
\$95,333 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,100 Beneficio semanal	\$11.60	\$14.47	\$23.89	\$20.26	\$13.76	\$13.76	\$17.36	\$20.99	\$30.39
\$104,000 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,200 Beneficio semanal	\$12.66	\$15.79	\$26.06	\$22.10	\$15.01	\$15.01	\$18.94	\$22.90	\$33.15
\$112,667 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,300 Beneficio semanal	\$13.71	\$17.10	\$28.23	\$23.94	\$16.26	\$16.26	\$20.52	\$24.81	\$35.91
\$121,333 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,400 Beneficio semanal	\$14.77	\$18.42	\$30.40	\$25.78	\$17.51	\$17.51	\$22.10	\$26.72	\$38.67
\$130,000 Mínimo Salario anual									
Opción I*: \$1,500 Beneficio semanal	\$15.82	\$19.73	\$32.57	\$27.62	\$18.76	\$18.76	\$23.68	\$28.63	\$41.44

*Este beneficio no podrá exceder el 60% de su sueldo semanal.

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE INCAPACIDAD

- Es posible que se requiera una prueba de asegurabilidad para quienes se inscriban en forma tardía. Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un suscriptor de Guardian. Esta propuesta se cubre sujeta a evaluación financiera satisfactoria. La descripción completa del plan puede consultarse en el certificado de cobertura.
 - Debe estar trabajando tiempo completo en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura; de otro modo, la cobertura entra en vigencia una vez que haya concluido un período de carencia específico.
 - Los empleados deben trabajar legalmente en los Estados Unidos a fin de ser elegibles para la cobertura. Suscripción debe aprobar la cobertura de empleados en tareas temporarias: (a) por más de un año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar. Sujeto a variaciones propias de cada estado.
 - En el caso de la cobertura por Incapacidad a Largo Plazo, no pagaremos los beneficios por incapacidad causada, en todo o en parte, por una condición preexistente, a menos que la incapacidad comience después de haber estado asegurado por este plan durante un período específico de tiempo. La duración de los pagos por discapacidad a largo plazo se limitará cuando la incapacidad haya sido causada por una enfermedad mental o emocional, o abuso de alcohol o drogas.
 - En el caso de la cobertura por Incapacidad a Corto Plazo, se limitarán los beneficios por incapacidad causada, en todo o en parte, por una condición preexistente, a menos que la incapacidad comience después de haber estado asegurado por este plan por un período específico de tiempo. No pagamos beneficios por incapacidad a largo plazo por enfermedades o accidentes de trabajo o profesionales por los que correspondan beneficios de Accidentes de Trabajo.
 - No cubriremos los cargos ocasionados por una persona cubierta que: participe en cualquier guerra o acto de guerra (incluyendo servicios en las fuerzas armadas), que cometa un delito o tome parte en cualquier motín u otro desorden civil, o intencionalmente se hiera a sí mismo o intente suicidarse en estado de demencia o en pleno uso de sus facultades. No pagaremos beneficios por cargos ocasionados por intoxicación legal, incluidos entre otros los generados por la conducción de un vehículo a motor, ni por el consumo voluntario de venenos, fármacos, sustancias controladas o medicación recetada o no, a menos que haya sido indicada por un médico y se utilice según receta. La duración de los pagos por incapacidad a largo plazo se limitará cuando la incapacidad haya sido causada por una enfermedad mental o emocional, abuso de alcohol o drogas. No pagaremos beneficios en los períodos en los que una persona cubierta esté confinada en una institución correccional, el empleado no se encuentre bajo la atención de un médico, el empleado esté recibiendo tratamiento fuera de los Estados Unidos o Canadá y la pérdida de ingresos del empleado no se deba exclusivamente a la incapacidad.
 - Esta póliza otorga cobertura de subsidio por incapacidad únicamente. No es un seguro "médico", "médico básico" u "hospitalario básico", según la definición del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.
 - Si el plan es un traspaso de otra aseguradora, el plazo en que el asegurado estuvo cubierto por ese plan se computará en el cálculo del período de limitación por condición preexistente de Guardian. Sujeto a las variaciones dispuestas por cada estado.
 - Cuando corresponda, esta cobertura se integrará a los Beneficios por Incapacidad Temporal de Nueva Jersey (NJ TDB), la Ley de Beneficios por Incapacidad de Nueva York (NY DBL), el Seguro de Incapacidad del estado de California (CA SDI), el Seguro de Incapacidad Temporal de Rhode Island (RI TDI), el Seguro de Incapacidad Temporal de Hawaii (Hawaii TDI) y la Ley Fundamental de Defensa de Puerto Rico (Puerto Rico Defense Base Act), DC PFML y WA PFML.
- Contrato N° GP-I-STD94-I.0 y otros, GP-I-STD2K-I.0 y otros, GP-I-STD07-I.0 y otros, GP-I-STD-15-I.0 y otros.

Los seguros de incapacidad a largo plazo y a corto plazo colectivos de Guardian están suscritos y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Esta póliza solo proporciona seguro de ingreso por incapacidad. NO proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura.

Formulario de la póliza #GP-1-STD07-1.0, et al, GP-1-STD-15, #GP-1-LTD07-1.0, et al, GP-1-LTD-15

Disability Cost Illustrations

To determine the most appropriate level of coverage, you should consider your current basic monthly expenses. To help you assess your needs, you can also go to Guardian Anytime and use our Disability Insurance Explorer Tool.

Long-Term Disability Plan Weekly Cost Illustration

Monthly Benefit	Min. Annual Salary	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
\$500	\$10,000	\$0.26	\$0.52	\$0.81	\$1.11	\$1.45	\$1.97	\$2.31	\$2.03
\$1,000	\$20,000	\$0.52	\$1.05	\$1.62	\$2.22	\$2.90	\$3.94	\$4.62	\$4.06
\$1,500	\$30,000	\$0.78	\$1.57	\$2.43	\$3.32	\$4.34	\$5.90	\$6.93	\$6.09
\$2,000	\$40,000	\$1.03	\$2.09	\$3.24	\$4.43	\$5.79	\$7.87	\$9.25	\$8.12
\$2,500	\$50,000	\$1.29	\$2.61	\$4.05	\$5.54	\$7.24	\$9.84	\$11.56	\$10.15
\$3,000	\$60,000	\$1.55	\$3.14	\$4.86	\$6.65	\$8.69	\$11.80	\$13.87	\$12.19
\$3,500	\$70,000	\$1.81	\$3.66	\$5.67	\$7.75	\$10.14	\$13.77	\$16.18	\$14.22
\$4,000	\$80,000	\$2.07	\$4.18	\$6.48	\$8.86	\$11.59	\$15.74	\$18.49	\$16.25
\$4,500	\$90,000	\$2.33	\$4.70	\$7.29	\$9.97	\$13.03	\$17.71	\$20.80	\$18.28
\$5,000	\$100,000	\$2.59	\$5.23	\$8.10	\$11.08	\$14.48	\$19.67	\$23.11	\$20.31

Long Term Disability General Limitations and Exclusions: We limit the duration of payments for long term disabilities caused by mental or emotional conditions, or alcohol or drug abuse. We do not pay benefits for charges relating to legal intoxication, including but not limited to the operation of a motor vehicle, and for the voluntary use of any poison, chemical, prescription or non-prescription drug or controlled substance unless it has been prescribed by a doctor and is used as prescribed. We do not pay benefits during any period in which a covered person is confined to a correctional facility, an employee is not under the care of a doctor, and an employee who is receiving treatment outside of the US or Canada and the employee's loss of earning is not solely due to disability. This policy provides disability income insurance only. It does not provide "basic hospital", "basic medical", or "medical" insurance as defined by the New York State Insurance Department. If the plan is new (not transferred): During the exclusion period, this disability plan does not pay charges relating to a pre-existing condition. A pre-existing condition includes any condition for which an employee, in a specified period of time prior to coverage in this plan, consults with a physician, receives advice or treatment, or takes prescribed drugs. If this plan is transferred from another insurance carrier, the time an insured is covered under that plan will count toward satisfying Guardian's pre-existing condition limitation period. Please refer to the plan details for specific time periods. State variations may apply. Contract #'s GP-I-LTD94-A,B,C-I.0 et al.; GP-I-STD94-I.0 et al; GP-I-LTD2K-I.0 et al, GP-I-STD2K-I.0 et al.; GP-I-LTD07-I.0 et al

We do not pay benefits for charges relating to a covered person: taking part in any war or act of war (including service in the armed forces); committing a felony or taking part in any riot or other civil disorder; or intentionally injuring themselves or attempting suicide while sane or insane. State variations may apply.

prevails. Your company has selected Guardian to provide disability coverage to eligible employees according to plan terms which have been mutually agreed upon. As an eligible employee, you can purchase this coverage at the group premium levels illustrated above.



Seguro de enfermedad crítica

El seguro de enfermedad crítica puede ayudarlo a cubrir los gastos que su seguro de salud no cubre.

Es un pago en efectivo que recibe si alguna vez experimenta una enfermedad crítica como el cáncer, un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, lo que le brinda el apoyo financiero para enfocarse en la recuperación.

¿Para quién es?

El seguro de enfermedad crítica es una póliza complementaria para las personas que ya tienen seguro de salud. Le proporciona un pago adicional para cubrir gastos como deducibles, tratamientos y costos de vida.

¿Qué cubre?

Las enfermedades críticas incluyen accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, la enfermedad de Parkinson y el cáncer. Nuestras pólizas pueden cubrir más de 30 enfermedades principales, lo que lo ayuda a mantener su estabilidad financiera mediante el pago de una suma única si se le diagnostica una de ellas.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de enfermedad crítica es una forma asequible de complementar y pagar los gastos adicionales que su seguro de salud no cubre. Por lo general, nuestras pólizas proporcionan pagos para la primera y segunda vez que se le diagnostica una enfermedad cubierta.

Además, el seguro de enfermedad crítica es transferible y los pagos se realizan directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Costos por afecciones críticas

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de la hospitalización de cinco días.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **\$53,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica importante cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **\$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **\$11,800**

John tiene una póliza de enfermedad crítica de Guardian por un valor de **\$10,000** que cubre la mayoría de estos gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura de enfermedad crítica

ENFERMEDAD CRÍTICA

Monto del beneficio

Los empleados pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de \$5,000 a \$25,000 en incrementos de \$5,000.

ENFERMEDADES

Cáncer

1ª OCURRENCIA

2ª OCURRENCIA

Cáncer invasivo

100%

50%

Carcinoma in situ

30%

0%

Tumor cerebral benigno

75%

0%

Cáncer de piel

\$250 de por vida

No se cubre

Vasculares

Ataque cardíaco

100%

50%

Accidente cerebrovascular

100%

50%

Insuficiencia cardíaca

100%

50%

Coronary Arteriosclerosis

30%

0%

Otras

Insuficiencia orgánica

100%

50%

Insuficiencia renal

100%

50%

OTRAS ENFERMEDADES

SOLO 1ª OCURRENCIA

Enfermedad de Addison

30%

ALS (enfermedad de Lou Gehrig)

100%

Enfermedad de Alzheimer

50%

Coma

100%

Enfermedad de Huntington

30%

Pérdida de la audición

100%

Pérdida de la vista

100%

Pérdida del habla

100%

esclerosis múltiple

30%

Enfermedad de Parkinson

100%

Parálisis permanente

50% por 1 extremidad, 100% por 2 extremidades

Quemaduras graves

100%

Enfermedades infantiles

SOLO 1ª OCURRENCIA

Parálisis cerebral

100%

Labio leporino/fisura palatina

100%

Pie zambo

100%

Fibrosis quística

100%

Síndrome de Down

100%

Distrofia muscular

100%

Espina bífida

100%

Diabetes tipo I

100%



Su cobertura de enfermedad crítica

ENFERMEDAD CRÍTICA

Beneficio de cónyuge	Pueden optar por recibir el beneficio en una suma única de \$5,000 a \$25,000 en incrementos de \$5,000 de hasta el 100% del beneficio en suma única del empleado.
Beneficios por hijo – Niños de Nacimiento a 26 años de edad	25% de suma única de beneficio del empleado
Reducciones de beneficios: Los beneficios se reducen por un porcentaje determinado a medida que el empleado avanza en edad.	50% a la edad de 70
Emisión de la garantía/ Emisión condicional: El término 'garantía/condicional' significa que usted no tiene obligación alguna de responder a preguntas sobre salud para recibir una cobertura por un monto especificado inclusive, cuando se inscribe durante el plazo de inscripción inicial.	Garantizamos la emisión hasta: Menos de 70 años \$20,000 Por cónyuge: Menos de 70 años \$20,000 Por hijo: todos los montos
Portabilidad: Le permite llevarse su cobertura de Enfermedad con usted si finaliza la relación de trabajo.	Incluido
Limitación de condición preexistente: Una condición preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura conforme a este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomó medicamentos recetados.	3 meses antes/6 meses de tratamiento sin cargo/12 meses después
Beneficio de vacunas contra el cáncer	\$50 de por vida para recibir una vacuna contra el cáncer

Las preguntas de salud son obligatorias si el monto elegido supera la emisión de garantía, así como también para todos los solicitantes de más de 70 años, independientemente del monto elegido.

BENEFICIO DE BIENESTAR

Límite anual para empleado	\$50
Límite anual para cónyuge	\$50
Límite anual para hijo	\$50

Definición de condición

- **Derrame cerebral:** El derrame cerebral debe ser bastante intenso como para causar déficits neurológicos al menos 30 días después del episodio.
- **Insuficiencia Cardíaca:** Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia cardíaca.
- **Arterioesclerosis Coronaria:** La Arterioesclerosis Coronaria debe ser bastante intensa como para requerir injertos de revascularización coronaria.
- **Insuficiencia Orgánica:** La insuficiencia orgánica incluye ambos pulmones, el hígado, el páncreas o la médula ósea y requiere que el asegurado sea inscrito en una lista de trasplante de órganos.
- **Insuficiencia Renal:** Un asegurado debe inscribirse en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los Beneficios de insuficiencia renal.

Modelo de costos de enfermedad crítica

Para determinar el nivel de cobertura más apropiado, deberá tener en cuenta sus gastos mensuales básicos actuales y las necesidades financieras esperadas en una enfermedad crítica.

La prima por cobertura de Cónyuge basa en la edad del empleado

El costo por hijo está incluido en la elección del empleado.

	Semanal Primas mostradas					
	Costo de la elección por franja de edad					
	< 30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+†
Empleado						
\$5,000	\$1.14	\$1.45	\$2.41	\$4.11	\$6.14	\$11.63
\$10,000	\$2.29	\$2.91	\$4.82	\$8.22	\$12.28	\$23.26
\$15,000	\$3.43	\$4.36	\$7.24	\$12.32	\$18.42	\$34.89
\$20,000	\$4.57	\$5.82	\$9.65	\$16.43	\$24.55	\$46.52
\$25,000	\$5.71	\$7.27	\$12.06	\$20.54	\$30.69	\$58.15
Monto del beneficio de hasta el 100% del monto para empleados y de hasta un máximo de \$25,000						
Cónyuge						
\$5,000	\$1.14	\$1.45	\$2.41	\$4.11	\$6.14	\$11.63
\$10,000	\$2.29	\$2.91	\$4.82	\$8.22	\$12.28	\$23.26
\$15,000	\$3.43	\$4.36	\$7.24	\$12.32	\$18.42	\$34.89
\$20,000	\$4.57	\$5.82	\$9.65	\$16.43	\$24.55	\$46.52
\$25,000	\$5.71	\$7.27	\$12.06	\$20.54	\$30.69	\$58.15

†Es posible que se apliquen reducciones de beneficios. Vea detalles del plan.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

RESUMEN DE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL PLAN PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS:

No pagaremos beneficios por la primera ocurrencia de una enfermedad crítica si se produce antes de los 3 meses de la primera ocurrencia de una enfermedad crítica relacionada por la que el plan pagó beneficios. Relacionada significa alguna de las siguientes opciones: (a) ambas enfermedades críticas se incluyen en la categoría de enfermedades relacionadas con el cáncer o (b) ambas enfermedades críticas se incluyen en la categoría de enfermedades vasculares. No pagaremos beneficios por la segunda ocurrencia (nueva ocurrencia) de una enfermedad crítica, a menos que la persona cubierta no haya tenido síntomas ni recibido atención o tratamiento para dicha enfermedad crítica en un período de, al menos, 12 meses consecutivos antes de la nueva ocurrencia. A los fines de esta exclusión, la atención o el tratamiento no incluyen lo siguiente: (1) medicamentos preventivos ante la ausencia de una enfermedad ni (2) consultas de seguimiento de rutina programadas con un médico.

No cubrimos los beneficios de reclamaciones relacionados con una persona cubierta que: participe en cualquier guerra o acto de guerra (incluidos los servicios en las fuerzas armadas); cometa un delito o tome parte en cualquier motín u otro desorden civil; o intencionalmente se hiera a sí mismo o intente suicidarse en estado de demencia o en pleno uso de sus facultades.

Los empleados deben trabajar legalmente en los Estados Unidos a fin de ser elegibles para la cobertura. La compañía de seguros debe aprobar la cobertura para empleados en tareas temporarias: (a) por más de 1 año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar, sujeto a las variaciones propias de cada estado.

Si el plan es nuevo (si no es un traspaso): durante el período de exclusión, este plan de enfermedad crítica no paga los cargos relacionados con una enfermedad preexistente. Si este plan se traspasa de otra aseguradora, el período durante el que un asegurado cuenta con la cobertura de ese plan se contemplará para el cumplimiento del período de limitación de enfermedades preexistentes de

Guardian. Una enfermedad preexistente incluye cualquier enfermedad por la que un empleado consulta a un médico, recibe tratamiento o toma medicación recetada durante un período específico anterior a la cobertura de este plan. No se pagará ningún beneficio hasta el período sin tratamiento o un período especificado, lo que ocurra primero, después de la fecha de entrada en vigencia. Consulte los documentos del plan para conocer los períodos específicos. Sujeto a variaciones dispuestas por cada estado.

El plan de enfermedad crítica de Guardian no otorga cobertura médica integral. Es un beneficio básico o limitado y no tiene por fin cubrir todos los gastos médicos. No proporciona seguro "hospitalario básico", "médico básico" ni "médico", según lo define el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.

Las preguntas de salud son obligatorias para 1) quienes se inscriben en forma tardía y 2) inscritos mayores de 69 años de edad (no tiene vigencia para FL). Esta cobertura no entrará en vigencia hasta ser aprobada por un asegurador de Guardian.

Esta póliza no pagará por el diagnóstico de una enfermedad crítica listada que se haga antes de la fecha efectiva de la enfermedad crítica del asegurado con Guardian.

La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar la elegibilidad o el derecho a obtener los beneficios conforme a cada enfermedad cubierta. Consulte el folleto del certificado para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones.

Si se paga una prima de seguro de enfermedad crítica antes de la deducción de impuestos, es posible que deban pagarse impuestos por el beneficio. Comuníquese con su asesor legal o impositivo para conocer el tratamiento impositivo de los beneficios de su póliza.

Contrato N° GP-1-CI-14

El seguro por enfermedad crítica de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro médico de beneficios limitados. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York
Formulario de la póliza # GP-1-LAH-12R; GP-1-CI-14

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de accidentes

Los accidentes ocurren. Con el seguro contra accidentes, usted puede ayudarlos a sentirse más aliviados.

El seguro contra accidentes ofrece un nivel adicional de protección que le proporciona un pago en efectivo para ayudar a cubrir los gastos asociados cuando sufre un accidente inesperado que cumple con los requisitos.

¿Para quién es?

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir un accidente. Es por eso que el seguro contra accidentes es una importante póliza adicional para las personas que desean complementar la cobertura del seguro de salud e incapacidad que ya tienen de forma individual o a través de un empleador.

¿Qué cubre?

El seguro contra accidentes le paga los beneficios de suma única después de que ocurre un accidente. Esto podría ser una quemadura grave, una fractura de hueso o una visita a la sala de emergencias. Nuestras pólizas de seguro contra accidentes también ofrecen un beneficio incrementado que le paga un monto adicional por los niños que resulten lesionados mientras juegan un deporte organizado, como fútbol, béisbol, lacrosse o fútbol americano.

La cobertura se aplicará en el momento en que el niño sufra el accidente y este debe ser menor de 18 años.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede ser más costosa con copagos, primas y deducibles más elevados. El seguro contra accidentes puede ser una manera sencilla y asequible de ayudar a complementar y cubrir los gastos adicionales que es posible que su seguro de salud e incapacidad no cubra, incluidos radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso cosas como alquiler o comestibles.

Además, el seguro contra accidentes es transferible y los pagos se hacen directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Mayor apoyo durante la recuperación

Amanda se fractura la pierna al caerse de su bicicleta y necesita tratamiento de emergencia.

Gasto promedio del tratamiento no quirúrgico de la pierna fracturada:
\$2,500

Deducible médico principal promedio:
\$1,500

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Amanda sigue siendo responsable por el 20%: **\$200**

Monto total del gasto de bolsillo de Amanda (deducible + coseguro):
\$1,700

La póliza contra accidentes de Guardian que tiene Amanda le paga un beneficio de **\$1,700**, que cubre todos sus gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura por accidente

ACCIDENTES	
COBERTURA - DETALLES	
Su prima Semanal	\$3.84
Usted y su cónyuge	\$6.16
Usted y sus hijos	\$6.19
Usted, su cónyuge y sus hijos	\$8.51
Tipo de cobertura de accidentes	Fuera o dentro de su empleo
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de accidentes con usted si se extingue su relación laboral.	Incluido
MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBRO(S)	
Monto del beneficio	Empleado \$50,000 Cónyuge \$25,000 Hijo \$5,000
Pérdida catastrófica	Cuadriplejía, pérdida del habla y audición (ambos oídos), pérdida de funciones cognitivas: 100% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Hemiplejía y paraplejía: 50% de Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Transporte público	200% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Desastre común	200% del beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro del cónyuge
Pérdida de miembros: mano, pie, vista	Único: 50% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro Múltiple: 100% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Pérdida de miembros: pulgar/dedo índice misma mano, cuatro dedos de la misma mano, todos los dedos del mismo pie.	25% de beneficio por Muerte Accidental y Pérdida de Miembro
Cinturones de seguridad y bolsas de aire	Cinturones de seguridad: \$10,000 - Bolsas de aire: \$15,000
Adaptación razonable de vivienda o vehículo	\$2,500
BENEFICIO DE BIENESTAR: Límite anual	\$50
Límite de edad de hijos	Niños de nacimiento a 26 años de edad
CARACTERÍSTICAS	
Tratamiento de accidentes en salas de emergencia	\$150
Visita de seguimiento de accidentes - Médico	\$25 hasta 6 tratamientos
Ambulancia aérea	\$500
Ambulancia	\$100
Aparatos: silla de ruedas, férula para pierna o espalda, muletas, caminador, bota para caminar por encima del tobillo o cuello ortopédico.	\$100
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$300



Su cobertura por accidente

CARACTERÍSTICAS (Cont.)

Quemaduras (segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000 18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas: \$1,000/\$4,000 Más de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000
Quemadura/injerto de piel	50% del beneficio por quemadura
Deporte organizado para niños: el beneficio se paga si el accidente cubierto ocurrió mientras su hijo cubierto participa en un encuentro de deporte organizado regulado por una organización, y requiere una inscripción formal para participar.	20% aumento para beneficios por hijo
Coma	\$7,500
Concusión	\$50
Dislocación	Anexo hasta \$3,600
Examen diagnóstico (principal)	\$100
Trabajo dental de emergencia	\$200/corona, \$50/Extracción
Manejo del dolor epidural	\$100, 2 veces por accidente
Lesiones oculares	\$200
Atención familiar	\$20/día hasta 30 días
Fracturas	Anexo hasta \$4,500
Ingreso hospitalario	\$750
Internación hospitalaria	\$175/día - hasta 1 año
Ingreso a la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$1,500
Internación en la unidad de cuidados intensivos de un hospital	\$350/día - hasta 15 días
Tratamiento en establecimiento de atención de urgencias/consultorio de médico inicial	\$50
Reemplazo de articulación (cadera/rodilla/omóplato)	\$1,500/\$750/\$750
Cartilago de rodilla	\$500
Laceration	Anexo hasta \$300
Alojamiento: el hospital debe estar a más de 50 millas del domicilio del asegurado.	\$100/día, hasta 30 días de estadía en hotel de acompañante
Terapia física u ocupacional	\$25/día hasta 10 días
Prótesis o dispositivo protésico	1: \$500 2 o más: \$1,000
Internación en unidad de rehabilitación	\$150/día hasta 15 días
Hernia discal con reparación quirúrgica	\$500
Cirugía	Anexo hasta \$1,000 Hernia: \$125
Cirugía - Exploratoria o Artroscópica	\$150
Mango rotador/ligamentos/tendones	1: \$250 2 or more: \$500
Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar más de 50 millas en un solo tramo para recibir tratamiento especial en un hospital o establecimiento en razón de un accidente cubierto.	\$400, 3 veces por accidente
Rayos X	\$20



Su cobertura por accidente

ENTIENDA LOS BENEFICIOS DE SU PLAN -

- **Transporte público:** El beneficio se paga si la muerte de un asegurado ocurre en razón de un accidente cuando viaja en transporte público y pague pasaje. Si se paga este beneficio, no pagamos el beneficio por Muerte Accidental.
- **Desastre común:** El beneficio se paga si tanto usted como su cónyuge fallecen en un accidente cubierto o en accidentes cubiertos separados dentro del mismo período de 24 horas.
- **Adaptación razonable:** El beneficio se paga si es necesario realizar una modificación en la vivienda o vehículo del asegurado debido a una Pérdida Catastrófica o un Pérdida de miembros Accidental.
- **Tratamiento para accidentes en salas de emergencia:** solo se pagan beneficios cuando un asegurado se somete a evaluación médica o recibe tratamiento en un plazo de 72 horas después de un accidente cubierto.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

RESUMEN DE LIMITACIONES Y EXCLUSIONES EN ACCIDENTES:

Para poder recibir la cobertura, los empleados deben trabajar en Estados Unidos. Suscripción debe aprobar la cobertura de empleados en tareas temporarias: (a) por más de 1 año; o (b) en zonas que el Departamento de Estado de EE.UU. haya declarado peligrosas para viajar, sujeto a las variaciones propias de cada estado.

Esta propuesta resume las características principales del plan de beneficios para Accidentes de Guardian. No tiene por fin ser una declaración completa del plan propuesto. Para obtener información completa sobre el plan, incluidas las exclusiones y limitaciones, por favor consulte su Póliza.

Esta propuesta está cubierta sujeta a evaluación financiera satisfactoria.

No pagamos beneficios por ninguna lesión causada por o relacionada directamente o indirectamente con: padecimiento, enfermedad, trastorno mental o tratamiento médico o quirúrgico; que la persona cubierta esté intoxicada según se define en la ley; guerra declarada o no declarada, acto de guerra o agresión armada; servicio en las fuerzas armadas, la Guardia Nacional o las reservas militares de cualquier estado o país; tomar parte en revueltas o disturbios civiles; cometer o intento de cometer un delito grave; lesión intencionalmente autoinfligida, en estado de cordura o demencia; suicidio o intento de suicidio, en estado de cordura o demencia; viaje o vuelo en cualquier tipo de aeronave,

incluida cualquier aeronave propiedad de o para el titular de la póliza, excepto como pasajero que paga la tarifa en un transportista común; participación en cualquier tipo de actividad deportiva para compensación o ganancia, incluyendo entrenamiento o arbitraje; montar o conducir un vehículo motorizado en una carrera, un espectáculo de acrobacias o una prueba de velocidad; participación en ala delta, puenting, parapente, paravelismo, vuelo en globo, paracaidismo o caída libre; un accidente que ocurrió antes de que la persona cubierta esté cubierta por este plan; lesiones a un niño dependiente recibidas durante el nacimiento; uso voluntario de cualquier veneno, producto químico, medicamento recetado o no recetado o sustancia controlada a menos que: (1) fue prescrito por un médico para una persona cubierta, y (2) se usó según lo prescrito. En el caso de un medicamento sin receta, este Plan no paga ningún Accidente resultante o contribuido por el uso de una manera inconsistente con las instrucciones del paquete. "Sustancia Controlada" significa cualquier cosa llamada sustancia controlada en el Título II de la Ley de Prevención y Control Integral del Abuso de Drogas de 1970, con sus modificaciones ocasionales. Se excluyen las lesiones relacionadas con el trabajo o en el trabajo para el empleado si la cobertura del accidente es solo fuera del trabajo.

Contrato N° GP-I-AC-IC-12

Si la prima del seguro de accidentes es pagada antes de los impuestos, el beneficio puede estar sujeto a impuestos. Comuníquese con su asesor fiscal o legal sobre el tratamiento fiscal de los beneficios de su póliza.



Su cobertura por accidente

El seguro contra accidentes de Guardian está suscrito y es emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza proporciona seguro contra accidentes únicamente. No proporciona seguro básico de hospital ni seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.

AVISO IMPORTANTE: COMPRENDO QUE ESTA PÓLIZA NO BRINDA COBERTURA POR ENFERMEDAD.
Formulario de la póliza # GP-1-AC-BEN-12, et al., GP-1-LAH-12R; GP-1-ACC-18

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria puede cubrir algunos de los costos asociados con una estancia en el hospital, lo que le permite centrarse en la recuperación.

Ser hospitalizado por una enfermedad o lesión puede ocurrirle a cualquier persona, en cualquier momento. Si bien el seguro médico puede cubrir las facturas hospitalarias, es posible que no cubra todos los costos asociados a una hospitalización. Ahí es donde la cobertura de indemnización hospitalaria puede ayudar.

¿Para quién es?

El seguro de indemnización hospitalaria es para las personas que necesitan ayuda para cubrir los costos asociados con una hospitalización si de pronto se enferman o se lesionan.

¿Qué cubre?

Si usted es hospitalizado por una enfermedad o una lesión cubierta, recibirá pagos que se pueden utilizar para cubrir todo tipo de costos, como los siguientes:

- Deducibles y copagos.
- Viaje hacia y desde el hospital para recibir tratamiento.
- Asistencia de cuidado infantil durante la recuperación.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a pagar los costos de bolsillo relacionados con ser hospitalizado, lo que le da más de una prima de protección financiera para los gastos imprevistos de una hospitalización.

Además, el seguro de indemnización hospitalaria es transferible y los pagos se le hacen directamente, incluso si no incurrió en gastos de bolsillo.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



Prepárese

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de cinco días como paciente hospitalizado.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **\$53,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **\$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **\$11,800**

La póliza de indemnización hospitalaria de Guardian de John le paga **\$1,000** por la admisión al hospital.

La póliza le da un pago total de **\$1,000** para ayudarlo a cubrir el monto de su gasto de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



Su cobertura de indemnización hospitalaria

Indemnización Hospitalaria	
Opción I	
Beneficio	
Admisión de hospital/Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)	\$1,500 por admisión, que se limita a 1 admisiones por asegurado y 3 admisiones por familiar cubierto por año de beneficio.
Hospitalización/Internación en ICU	\$100/\$200 por día, que se limita a 15 días por asegurado por año de beneficio.
Limitación de afección preexistente: afección preexistente incluye cualquier condición por la que usted, en el plazo especificado anterior a la cobertura en este plan, consultó a un médico, recibió tratamiento o tomo medicación recetadas.	3 meses antes/6 meses de tratamiento sin cargo/12 meses después
Portabilidad: le permite llevarse su cobertura de Indemnización Hospitalaria si termina su relación laboral.	Incluido
Límite de edad para los niños	Niños de nacimiento hasta 26 años

COBERTURA - DETALLES

Su prima Semanal

usted	<50	\$5.80
	50-59	\$5.68
	60-64	\$9.31
	65-69	\$16.83
Usted y su cónyuge	<50	\$11.15
	50-59	\$11.39
	60-64	\$17.69
	65-69	\$33.09
Usted y su(s) hijo(s)	<50	\$9.51
	50-59	\$9.38
	60-64	\$13.02
	65-69	\$20.54
Usted, su cónyuge y sus hijos	<50	\$14.86
	50-59	\$15.10
	60-64	\$21.39
	65-69	\$36.80

Los solicitantes con más de 69 años de edad no son elegibles para inscribirse en la cobertura de Indemnización Hospitalaria.

La tasa del cónyuge se basa en la franja de edad del empleado.

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS -

Los beneficios de admisión de hospital y admisión a una unidad de cuidados intensivos (ICU) no se pagan el mismo día.

No pagará la prima si se le hospitaliza por más de 30 días.

No se pagan los beneficios de hospitalización o admisión de hospital de un recién nacido a menos que se admita al niño en una unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU) neonatal.

Los beneficios de hospitalización e internación en una ICU no se pagan el mismo día.



Su cobertura de indemnización hospitalaria

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS - (Cont.)

Después de la inscripción inicial, la cobertura de indemnización hospitalaria continuará siempre y cuando el asegurado sea un empleado activo.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:

Para poder ser elegible para la cobertura, los empleados deben trabajar legalmente (a) en los Estados Unidos o (b) fuera de los Estados Unidos para un empleador estadounidense en un país o región aprobados por Guardian.

El solicitante debe inscribirse dentro de los 31 días de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. La inscripción abierta se realiza cada año durante un período de 30 días especificado por el titular de la póliza. Si un solicitante no se inscribe durante el período de inscripción inicial, no se puede inscribir hasta el próximo período de inscripción abierta.

Este plan no paga beneficios para lo siguiente:

- Tratamiento relacionado con una persona cubierta que participa en una guerra o acto de guerra (incluido el servicio en las fuerzas armadas), en la perpetración o el intento de comisión de un delito grave, un acto de terrorismo o en una ocupación ilegal, motín o insurrección.
- Suicidio o cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.

Cirugía programada.

Cirugía para corregir la visión o la audición, salvo cirugía de glaucoma, cataratas u otra enfermedad o lesión médicamente necesaria.

Atención dental, radiografías dentales o tratamiento dental.

Servicios de bypass gástrico o intestinal, incluida la banda gástrica, la gastroplastia y otros procedimientos similares para facilitar la pérdida de peso; la reversión o revisión de dichos procedimientos; o servicios requeridos para el tratamiento de complicaciones causadas por dichos procedimientos. Esta exclusión no se aplica a la implementación de un programa de reducción de peso pagable conforme al beneficio de examen de salud.

Curas de reposo o cuidado asistencial, o tratamiento para trastornos del sueño.

Cirugía estética. Esta exclusión no se aplica a la cirugía reconstructiva:

- (a) de una parte lesionada del cuerpo después de una infección o enfermedad de la parte afectada;
- (b) de una enfermedad congénita o anomalía de un dependiente recién nacido o adoptado cubierto;
- (c) de una mama no enferma para reconstruir y lograr la simetría entre las dos mamas después de una mastectomía cubierta.

Tratamiento o remoción de verrugas, lunares, forúnculos, manchas en la piel o manchas de nacimiento, juanetes, acné, callos, callosidades, corte de uñas de los pies, cuidado de pie plano, arcos caídos o esguince de tobillo crónico.

Servicio, tratamiento o pérdida relacionados con el alcoholismo o la drogadicción, salvo medicación recetada por el médico de la persona cubierta y administrada según lo indicado.

Atención o tratamiento para enfermedades mentales o nerviosas.

Servicios, tratamientos o pérdida prestados en una Administración de veteranos o un Hospital federal, salvo si existe la obligación legal de pagar.

Servicios o tratamientos prestados por un médico, una enfermera u otra persona que es contratada por una persona cubierta o que es cónyuge, padre, hermano, hermana, hijo, pareja doméstica o pareja en unión civil de la persona cubierta.

Cirugía y tratamiento, procedimientos, productos o servicios experimentales o de investigación.

Tratamiento de un hijo dependiente cubierto.

Enfermedad o lesión adquiridas durante el servicio activo en las fuerzas armadas de un país. Esto no incluye el servicio de entrenamiento en la reserva o guardia nacional.

GP-I-HI-15

El seguro de indemnización hospitalaria de Guardian está suscrito por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY y no será efectivo hasta que lo apruebe un asegurador de Guardian. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Los usuarios y/o características opcionales pueden generar costos adicionales. Los documentos del plan son los que rigen definitivamente la cobertura. Esta póliza solo proporciona seguro hospitalario limitado. No proporciona seguro médico básico o principal, tal como los define el Departamento de servicios financieros del estado de New York.
Formulario de la póliza # GP-1-HI-15, GP-1-LAH-12R

Prueba de asegurabilidad (EOI) electrónica

Nuestros formularios de EOI en línea son una alternativa más sencilla y rápida a los formularios impresos tradicionales, y que lo ayudan a obtener cobertura cuando necesita proporcionar información adicional.

En algunas situaciones, usted debe responder preguntas sobre su salud, inscribirse para obtener mayores montos de cobertura o solicitar cobertura después del período inicial de elegibilidad. En estas situaciones, nuestro formulario de EOI en línea simplifica las cosas.

La EOI electrónica simplifica las cosas

Con los formularios electrónicos de EOI de Guardian, sus datos se mantienen seguros en cada etapa del proceso. Además, con menos errores que los formularios escritos a mano y un envío digital más rápido, completarlo y obtener cobertura es más fácil que nunca.

La EOI electrónica se puede utilizar para lo siguiente*:

- Seguro de vida básico
- Seguro de vida voluntario
- Seguro de incapacidad a corto plazo
- Seguro de incapacidad a largo plazo

* Corresponde a la cobertura que requiere prueba de asegurabilidad completa (no aplicable a los importes de emisión condicional). La EOI electrónica está disponible para la mayoría de los navegadores de Internet.



Cómo funciona

Recibirá una carta o un correo electrónico de su empleador o de Guardian con instrucciones y un enlace único para enviar su formulario de EOI en línea.

Primero regístrese y cree una cuenta en Guardian Anytime. Luego, simplemente complete el formulario, firmelo de forma electrónica y haga clic en "Submit" (Enviar).

Una vez que recibamos el formulario, nos comunicaremos con usted para hacerle algunas preguntas antes de darle la información (y a su empleador si el monto de la cobertura cambia).

Employee Assistance Program

Todos necesitamos un poco de ayuda de vez en cuando.

El programa Employee Assistance Program de Guardian le brinda a usted y a los miembros de su familia acceso a apoyo personal y confidencial en todo tipo de situaciones, desde la administración del estrés y nutrición hasta el manejo de problemas legales o financieros.

Los servicios disponibles incluyen consultas con profesionales experimentados, así como acceso a recursos y descuentos diseñados para ayudarlo de diferentes maneras.

Cómo puede utilizarlo



Los servicios de consulta están disponibles para proporcionar asistencia y ayuda directa.



Asistencia laboral o para la vida diaria que puede ayudarlo a ahorrar dinero y equilibrar los compromisos.



Acceda a asistencia y recursos legales y financieros, incluidos los servicios de WillPrep.

Este servicio solo está disponible si adquiere líneas de cobertura elegibles. Consulte con el administrador de su plan para obtener más detalles.

Los servicios del Programa WorkLifeMatters son prestados por Uprise Health y sus contratistas. Guardian no presta ninguno de los servicios del programa WorkLifeMatters. Guardian no tiene responsabilidad ni obligación alguna respecto a la atención o el asesoramiento prestado por otros proveedores o recursos dentro del programa. La presente información se suministra con fines ilustrativos únicamente. No es un contrato. Solo el Acuerdo de Administración estipula los términos, servicios, limitaciones y exclusiones reales. Guardian e Uprise Health se reservan el derecho de interrumpir el programa WorkLifeMatters en cualquier momento y sin aviso. Los servicios legales proporcionados a través de WorkLifeMatters no se proporcionarán en relación con Guardian, Uprise Health o su empleador, ni en relación con la preparación de ninguna demanda contra ellos. El programa WorkLifeMatters no es un beneficio de seguro y es posible que no esté disponible en todos los estados.

¹Horario de atención: De lunes a viernes, de 6 a. m. a 5 p. m., PST.



Cómo acceder

Para acceder al programa Employee Assistance WorkLifeMatters, deberá contar con algunos datos personales.



Visite

worklife.uprisehealth.com



Código de acceso

worklife

Para obtener más información o asistencia, puede comunicarse por teléfono al **1 800 386 7055**. El equipo está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana¹.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



Nuestro compromiso con usted

Lea detenidamente la documentación a la que se hace referencia a continuación. El objetivo de estos avisos es proporcionarle información importante sobre nuestras ofertas de seguros y proteger sus intereses. Algunos son obligatorios por ley.

Información importante



Aviso que informa a las personas sobre los Requisitos de no discriminación y accesibilidad

Notificación de Guardian en la que se establece que cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y que no discrimina según raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo o identidad de género real o percibida. En este aviso, se proporciona información de contacto para presentar una reclamación por no discriminación. También se proporciona información de contacto para acceder a ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad a fin de asistir en las comunicaciones con Guardian.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice48> para obtener más información.

Servicios de idiomas sin costo

Guardian proporciona asistencia lingüística en varios idiomas para miembros con dominio del inglés limitado.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice46> para obtener más información.

Seguro de incapacidad



Aviso de compensación por incapacidad

Las compensaciones son disposiciones de la cobertura de incapacidad que permiten al asegurador deducir del beneficio regular otros tipos de ingresos que usted recibe o que es elegible para recibir de otras fuentes debido a la incapacidad.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice51> para obtener más información.

Seguro de visión



Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA de Guardian

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar la información personal de su salud y cómo puede acceder a esta información.

Visite <https://www.guardiananytime.com/notice50> para obtener más información.

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

**The Guardian Life Insurance Company of America**

The Guardian Life Insurance Company Of America suscribe cobertura por seguro de vida de grupo a plazo, muerte accidental y pérdida de miembro, incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo, enfermedad crítica, dental, visión, y accidentes.

Formulario de modificación

Página 1 de 10

Guardian Life, P.O. Box 14319,
Lexington, KY 40512

Por favor escribir claramente y marcar con cuidado.

Nombre del Empleador PHOENIX MANAGEMENT SOLUTIONS, LLC	Número de plan colectivo: 00570352	Beneficios con vigencia a partir de: _____
POR FAVOR MARCAR EL CASILLERO QUE CORRESPONDA ☐ Inscripción inicial ☐ Agregar Empleados/Dependientes ☐ Cancelar/rechazar cobertura		
☐ Modificar información		

Clase: ALL ELIGIBLE EMPLOYEES División: _____ Código de subtotal: _____ (Solicítelo a su Empleador)
ELECTING & WAIVING DI CHOICE
FROM \$500 TO \$2500

Acerca de usted: Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: _____	Identificación proporcionada por el Empleador: _____	Número de seguro social ____ - ____ - ____ Debe proporcionar su número de seguro social si se inscribe para la cobertura de vida. Cobertura por discapacidad a corto plazo y / o cobertura por discapacidad a largo plazo.	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____			
Teléfono: (indicar primaria): ☐ la casa (____) ____ - ____ ☐ trabajar (____) ____ - ____ ☐ el telefono movil (____) ____ - ____			
Dirección de correo electrónico: (indicar primaria) ☐ la casa _____ ☐ trabajar _____			
¿Está casado o tiene pareja? ☐ Sí ☐ No Fecha de matrimonio/unión : ____ - ____ - ____ Tiene hijos u otros dependientes? ☐ Sí ☐ No Fecha de adopción de hijo adoptado: ____ - ____ - ____			

Acerca de su trabajo:	Horas trabajadas por semana: _____	Puesto de trabajo: _____
Condición de trabajo: ☐ Activo ☐ Jubilad ☐ Cobra/Continuación estatal	Fecha de contratación a tiempo completo: ____ - ____ - ____	Salario anual: \$ _____

Acerca de su familia: Incluya los nombres de los dependientes que desea inscribir para que reciban cobertura. Si necesita espacio adicional, sírvase adjuntar una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros. Se puede solicitar más información para dependientes no estándar como un nieto, una sobrina o un sobrino.			
Cónyuge (siempre que aparezca el término "Cónyuge" en este formulario, también incluye "Socio").	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	
Hijo/dependiente 1:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 2:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____
			Condición (marcar todo lo que corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común

CEF2021-TX

www.guardianlife.com

1

RETIRAR EL FORMULARIO COMPLETO Y REMITIR AL EMPLEADOR**FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMULARIO: Feb 22, 2023**

Hijo/dependiente 3:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común
Hijo/dependiente 4:	☐ Agregar ☐ Cancelar	Sexo: ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): ____ - ____ - ____	Condición (marcar todo lo que corresponda) ☐ Estudiante (educación superior) ☐ Discapacitado ☐ Dependiente no común

Cancelar cobertura: ☐ Cancelar Empleado ☐ Cancelar Dependientes La fecha de suspensión no puede ser anterior a la fecha en la que se completó y firmó este formulario. Último día de cobertura: ____ - ____ - ____ ☐ Extinción de la relación laboral ☐ Jubilación Último día trabajado: ____ - ____ - ____ ☐ Otra razón: _____ Fecha del evento: ____ - ____ - ____	Cobertura a cancelar: <table border="0"> <tr> <td>☐ Seguro dental</td> <td>☐ Empleado</td> <td>☐ Conyuge ☐ Hijo(s)</td> </tr> <tr> <td>☐ Plan de Visión</td> <td>☐ Empleado</td> <td>☐ Conyuge ☐ Hijo(s)</td> </tr> <tr> <td>☐ Vida básica</td> <td>Empleado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Vida voluntario</td> <td>☐ Empleado</td> <td>☐ Conyuge ☐ Hijo(s)</td> </tr> <tr> <td>☐ Enfermedad Crítica</td> <td>Empleado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Accidente</td> <td>☐ Empleado</td> <td>☐ Conyuge ☐ Hijo(s)</td> </tr> <tr> <td>☐ Indemnización Hospitalaria</td> <td>☐ Empleado</td> <td>☐ Conyuge ☐ Hijo(s)</td> </tr> <tr> <td>☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	☐ Seguro dental	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)	☐ Plan de Visión	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)	☐ Vida básica	Empleado		☐ Vida voluntario	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)	☐ Enfermedad Crítica	Empleado		☐ Accidente	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)	☐ Indemnización Hospitalaria	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)	☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo			☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo		
☐ Seguro dental	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)																										
☐ Plan de Visión	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)																										
☐ Vida básica	Empleado																											
☐ Vida voluntario	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)																										
☐ Enfermedad Crítica	Empleado																											
☐ Accidente	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)																										
☐ Indemnización Hospitalaria	☐ Empleado	☐ Conyuge ☐ Hijo(s)																										
☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo																												
☐ Plan Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo																												
Pérdida de otra cobertura: ☐ Extinción de la relación laboral: ____ - ____ - ____ ☐ Divorcio ____ - ____ - ____ ☐ Muerte del cónyuge ____ - ____ - ____ ☐ Finalización o vencimiento de la cobertura ____ - ____ - ____ Pérdida de la cobertura ☐ Seguro dental ☐ Vista	Me han ofrecido la cobertura anterior y deseo cancelar la inscripción por las siguientes razones: ☐ Estoy cubierto por otro plan de seguros. ☐ Otros _____ (es posible que se solicite información adicional)																											

Cobertura Dental: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.				
Su prima Semanal	Empleado solamente	Empleado y cónyuge	Empleado y dependientes/hijos	Empleado, cónyuge y dependientes/hijos
Opción 1: VALUE	☐ \$7.03	☐ \$14.27	☐ \$17.81	☐ \$26.69
Opción 2: NAP	☐ \$7.03	☐ \$14.27	☐ \$17.81	☐ \$26.69
☐ No deseo Cobertura Dental porque(marque todo lo que correspondan): ☐ Estoy cubierto por otro plan Dental ☐ Mi cónyuge está cubierto por otro plan Dental ☐ Mis dependientes están cubiertos por otro plan Dental				

Cobertura de Vista: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Marcar un casillero únicamente.				
Su prima semanal	Empleado solamente	Empleado y cónyuge	Empleado y dependientes/hijos	Empleado, cónyuge y dependientes/hijos
Full Feature	☐ \$1.68	☐ \$2.83	☐ \$2.88	☐ \$4.56
☐ No deseo esta Cobertura de Vista porque (marque todo lo que correspondan): ☐ Estoy cubierto por otro plan de Vista ☐ Mi cónyuge está cubierto por otro plan de Vista ☐ Mis dependientes están cubiertos por otro plan de Vista				

Cobertura de Vida Básica:**Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.**

El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones, como se indica en el certificado de cobertura que lo cubre a usted o a sus dependientes.

Monto de la póliza

Empleado únicamente

☒ \$15,000

El Monto de Emisión

Garantizada es \$15,000.

*Si el Empleado tiene más de 65 beneficios, pueden aplicarse reducciones que pueden cambiar el monto de GI. Consulte los materiales de inscripción para obtener más detalles.

DESIGNE SUS BENEFICIARIOS (los beneficiarios principales deben sumar 100%)

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

Beneficiario Contingente: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____

Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador conserva la información sobre beneficiarios.)

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla. ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código

postal: _____

Teléfono: () - _____

Si esta póliza de Vida Básica reemplazará la póliza de seguro de vida vigente con su Empleador actual, consigne el monto de la póliza anterior \$ _____

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad para Vida Básico.

Cobertura de Vida Voluntario a Plazo con Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D): Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito. Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

El monto de la cobertura del seguro de vida que seleccione puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones, como se indica en el certificado de cobertura que lo cubre a usted o a sus dependientes.

Empleado

Monto de la póliza *Marcar un casillero únicamente*

☐ \$10,000	☐ \$20,000	☐ \$30,000	☐ \$40,000	☐ \$50,000	☐ \$60,000
☐ \$70,000	☐ \$80,000	☐ \$90,000	☐ \$100,000*	☐ \$110,000	☐ \$120,000
☐ \$130,000	☐ \$140,000	☐ \$150,000	☐ \$160,000	☐ \$170,000	☐ \$180,000
☐ \$190,000	☐ \$200,000	☐ \$210,000	☐ \$220,000	☐ \$230,000	☐ \$240,000
☐ \$250,000					

Emisión garantizada hasta: Empleado Menores de 65 años \$100,000*, de 65 a 69 años \$50,000, mas de 70 años \$10,000. Se debe completar la sección "Antecedentes clínicos" si se selecciona cualquier monto superior al monto de emisión de garantía.

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Cónyuge

Monto de la póliza

☐ \$10,000	☐ \$15,000	☐ \$20,000	☐ \$25,000*	☐ \$30,000	☐ \$35,000
☐ \$40,000	☐ \$45,000	☐ \$50,000	☐ \$55,000	☐ \$60,000	☐ \$65,000
☐ \$70,000	☐ \$75,000	☐ \$80,000	☐ \$85,000	☐ \$90,000	☐ \$95,000
☐ \$100,000	☐ \$105,000	☐ \$110,000	☐ \$115,000	☐ \$120,000	☐ \$125,000
☐ \$130,000	☐ \$135,000	☐ \$140,000	☐ \$145,000	☐ \$150,000	☐ \$155,000
☐ \$160,000	☐ \$165,000	☐ \$170,000	☐ \$175,000	☐ \$180,000	☐ \$185,000
☐ \$190,000	☐ \$195,000	☐ \$200,000	☐ \$205,000	☐ \$210,000	☐ \$215,000
☐ \$220,000	☐ \$225,000	☐ \$230,000	☐ \$235,000	☐ \$240,000	☐ \$245,000
☐ \$250,000					

Emisión garantizada hasta: Cónyuge Menores de 65 años \$25,000*, de 65 a 69 años \$10,000, mas de 70 años \$0.

**El monto no podrá superar el 100% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

☐ No quiero esta cobertura

Agregar seguro de Vida Voluntario para Hijos

Monto de la póliza

☐ \$5,000 ☐ \$10,000*

**Monto de emisión de garantía*

**El monto no podrá superar el 10% del monto del seguro de Vida Voluntario del empleado.*

☐ No quiero esta cobertura

Notas Importantes:

- Sobre la base de los beneficios del plan y su edad, es posible que le solicitemos que complete un formulario de prueba de asegurabilidad.

Designe sus beneficiarios: (los beneficiarios principales deben sumar 100%) Si elige beneficiarios diferentes que no son los mismos que los nombrados para Vida Básico, por favor indicar los nombres más abajo.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

Beneficiario Contingente: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ %

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con empleado _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador conserva la información sobre beneficiarios.)

Cónyuge y el beneficiario previsto es una persona que no sea el empleado, complete el formulario de designación de beneficiario.

Comuníquese con su empleador con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD):

Período de eliminación (es el plazo de tiempo en que usted debe encontrarse discapacitado antes de que comiencen los beneficios por discapacidad) y Período máximo de pago (es el plazo máximo de tiempo en que usted puede recibir los beneficios por discapacidad).

Por favor elija solo una opción y un beneficio semanal:

☐ 8/8 días por accidente/enfermedad/13 semanas

Beneficio semanal

- ☐ \$100.00
- ☐ \$200.00
- ☐ \$300.00
- ☐ \$400.00
- ☐ \$500.00
- ☐ \$600.00
- ☐ \$700.00
- ☐ \$800.00
- ☐ \$900.00
- ☐ \$1,000.00

Este monto no podrá superar el 60% del salario semanal.

☐ No deseo esta cobertura.

Beneficio semanal

- ☐ \$1,100.00
- ☐ \$1,200.00
- ☐ \$1,300.00
- ☐ \$1,400.00
- ☐ \$1,500.00

Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD):

El monto de la cobertura de LTD seleccionada puede ser un monto específico en dólares o un monto que sea un múltiplo de su salario y puede estar sujeto a determinadas reducciones, como se indica en el certificado de cobertura que lo cubre a usted o a sus dependientes.

Beneficio mensual

- ☐ \$500.00
☐ \$1,000.00
☐ \$1,500.00
☐ \$2,000.00
☐ \$2,500.00

Este monto no podrá superar el 60% del salario semanal.

- ☐ No deseo esta cobertura.

Cobertura De Enfermedad Crítica: Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito.

Aplican reducciones de beneficios. Consulte al administrador del plan.

Empleado

Monto del seguro ☐ \$5,000 ☐ \$10,000 ☐ \$15,000 ☐ \$20,000 ☐ \$25,000

- ☐ No quiero esta cobertura.

Cónyuge

Monto del seguro Hasta el 100% del monto para Empleados y de hasta un máximo de \$25,000

☐ \$5,000 ☐ \$10,000 ☐ \$15,000 ☐ \$20,000 ☐ \$25,000

- ☐ No quiero esta cobertura.

Hijo(s) dependientes

Monto del seguro ☐ 25% del monto del Empleado

- ☐ No quiero esta cobertura.

Debe responder las siguientes preguntas de salud si usted o su cónyuge dependiente eligen la cobertura por enfermedad grave::

- y elegir un monto superior al monto de emisión garantizada
- elegir una cobertura fuera del período de inscripción colectiva según lo establecido por el Empleador
- o elegir la edad de cobertura de 70 años o más

1. ¿Ha recibido alguno de los asegurados propuestos diagnóstico o tratamiento de alguna de las siguientes enfermedades por parte de un profesional médico: cáncer, carcinoma in situ, melanoma maligno, tumor (benigno o maligno), esófago de Barrett, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, trastorno sanguíneo (que no sea SIDA ni VIH), cualquier enfermedad crónica o progresiva de los riñones, del hígado (incluida la hepatitis), de los pulmones (incluidos enfisema y COPD), del páncreas o de la médula ósea? O ¿se le ha aconsejado que se realice un trasplante de órganos, incluido un trasplante de células madre o médula ósea?

Empleado ☐ Si ☐ No Cónyuge ☐ Si ☐ No

2. ¿Ha recibido alguno de los asegurados propuestos diagnóstico o tratamiento por parte de un profesional médico de ataque cardíaco, enfermedad cardíaca o enfermedad en las arterias coronarias, accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (transient ischemic attack, TIA), o se le ha aconsejado que se realice una cirugía de revascularización coronaria (bypass), inserciones de estent o tratamiento para las arterias coronarias?

Empleado ☐ Si ☐ No Cónyuge ☐ Si ☐ No

3. ¿Ha recibido alguno de los asegurados propuestos diagnóstico o tratamiento por parte de un profesional médico de presión arterial no controlada (que haya exigido cambio de medicación o dosis en los últimos 6 meses) o de diabetes (salvo que se haya presentado solo durante el embarazo)?

Empleado ☐ Si ☐ No Cónyuge ☐ Si ☐ No

4. ¿Ha recibido alguno de los asegurados propuestos diagnóstico o tratamiento por parte de un profesional médico de cualquier trastorno progresivo de la visión, del habla o de la audición, de demencia (incluida la enfermedad de Alzheimer) o cualquier enfermedad o trastorno neurológico, incluidas convulsiones, esclerosis lateral amiotrófica (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS o enfermedad de Lou Gehrig), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson?

Empleado ☐ Si ☐ No Cónyuge ☐ Si ☐ No

5. ¿Ha recibido alguno de los asegurados propuestos diagnóstico o tratamiento por parte de un profesional médico de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), o resultado de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) positivo?

Empleado ☐ Si ☐ No Cónyuge ☐ Si ☐ No

Cobertura de Accidentes Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito.. Marcar un casillero únicamente.

Su prima Semanal	Empleados solamente	Empleados y cónyuge	Empleados y dependientes/hijos	Empleados, cónyuge y dependientes/hijos
	☐ \$3.84	☐ \$6.16	☐ \$6.19	☐ \$8.51

☐ No deseo esta cobertura.

Si se necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel aparte con esta información junto con su formulario de inscripción. Asegúrese de firmar y fechar (mm-dd-aa) el papel y guarde una copia para sus registros.

Beneficiarios principal:

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

Beneficiario Contingente: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ % _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aa): _____ - _____ - _____ Domicilio/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____ Relación con Empleado _____

(En caso de que los beneficiarios principales hubiesen fallecido, el beneficiario contingente recibirá el beneficio. El Empleador conserva la información sobre beneficiarios.)

Comuníquese con su Empleador con respecto a cualquier registro o cambio en la información de su beneficiario.

El cónyuge y el/los hijo(s) dependiente(s) – Si el beneficiario previsto es alguien que no es el empleado, sírvase llenar el formulario de Designación de beneficiario.

Atención: Si alguno de los beneficiarios mencionados anteriormente es menor de edad (una persona menor de 18 años o 21 años, según su estado de residencia), la ley estatal puede limitar la capacidad de Guardian de pagarle directamente las ganancias del seguro de vida mientras siga siendo menor de edad. Las leyes estatales de la Ley uniforme de transferencias a menores (UTMA, por sus siglas en inglés), cuando corresponda, pueden permitir el curso normal de pago de estas ganancias, o una parte de ellas, al Custodio designado del beneficiario menor de edad para que las administre en nombre del menor hasta que alcance la edad adulta. En ese momento, las ganancias se entregan al niño adulto, quien puede utilizarlas de la manera que desee.

¿Alguno de los beneficiarios identificados anteriormente es considerado un menor de edad en el estado en el que residen? Marque solo una casilla.. ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", nombre al Custodio designado legalmente bajo la UTMA para todos los beneficiarios menores de edad que haya designado:

Custodio de los beneficiarios menores de edad:

Nombre: _____ Número de Seguro Social (o n.º de FEIN/TIN si es un fideicomiso de una entidad corporativa familiar): _____

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) (si es una persona): _____ - _____ - _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: () - _____

Cobertura de Indemnización Hospitalaria

Para cubrir a sus dependientes, usted debe estar inscrito.

Marcar un casillero únicamente.

Su prima Semanal	Empleados solamente	Empleados y cónyuge	Empleados y hijos	Empleados, cónyuge y dependientes/hijos
<50	☐ \$5.80			
50-59	☐ \$5.68	☐ \$11.15	☐ \$9.51	☐ \$14.86
60-64	☐ \$9.31	☐ \$11.39	☐ \$9.38	☐ \$15.10
65-69	☐ \$16.83	☐ \$17.69	☐ \$13.02	☐ \$21.39
		☐ \$33.09	☐ \$20.54	☐ \$36.80
	☐ No deseo esta cobertura.	☐ No deseo esta cobertura.	☐ No deseo esta cobertura.	☐ No deseo esta cobertura.

Los solicitantes con más de 69 años de edad no son elegibles para inscribirse en la cobertura de Indemnización Hospitalaria.

Firma

- Entiendo que mis dependientes no pueden inscribirse en una cobertura si yo no estoy inscrito en ella.
- Se debe retener la decisión del empleado de elegir o no la cobertura para la visión o la Indemnización Hospitalaria hasta el próximo período de inscripción abierta del plan. Si el empleado elige no inscribirse en la cobertura para la visión o la Indemnización Hospitalaria, no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta del plan.
- Este es un plan limitado del seguro de Indemnización Hospitalaria. Es un complemento del seguro de salud. No sustituye el seguro para gastos médicos u hospitalarios, un contrato de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o el seguro de gastos médicos.
- Entiendo que la cobertura de seguro de vida para un dependiente, salvo los hijos recién nacidos, no será válida si el dependiente está ingresado en un hospital u otro centro médico, o se encuentra en reposo domiciliario o no puede desarrollar las actividades propias de una persona de su sexo y edad.
- La presentación de este formulario no garantiza cobertura. Entre otras cosas, la cobertura depende de la aprobación de la suscripción y de cumplir con los requisitos de elegibilidad aplicables indicados en el cuadernillo de beneficios aplicable.
- Entiendo que debo mantener mi condición de empleado activo o mi cobertura no entrará en vigencia hasta que no cumpla con los requisitos de elegibilidad (según se definen en el cuadernillo de beneficios). Esto no aplica a jubilados elegibles.
- Si renuncia a la cobertura y posteriormente decide inscribirse, es posible que se apliquen sanciones por inscripción tardía. También es posible que deba proporcionar, a su propio cargo, prueba de la asegurabilidad de cada persona. El tutor o la persona designada por este tiene derecho a rechazar su solicitud.
- Entiendo que estará vigente hasta que sea aprobada por Guardian o su suscriptor designado
- Por el presente solicito los beneficios colectivos que he seleccionado más arriba.
- Entiendo que, para recibir las coberturas que he elegido más arriba, debo reunir los requisitos exigidos.
- Acepto que mi empleador pueda deducir primas de mi paga si son necesarias para la cobertura que he elegido.
- Tomo conocimiento y presto mi consentimiento para recibir copias electrónicas de los documentos relacionados con el seguro que corresponde, en reemplazo de copias en papel, en la medida de lo permitido por las leyes aplicables. Yo podría cambiar esta elección mediante previa notificación escrita con una anticipación de treinta (30) días.
- Doy fe que la información consignada más arriba es cierta y correcta a mi leal saber y entender.

Toda persona que, con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación o solicitud de seguros que contenga información sustancialmente falsa u oculte información, con fines de engaño o información sobre hechos relevantes, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y podría estar sujeto a sanciones civiles y quedar privado de los beneficios del seguro.

El estado en el que reside puede tener advertencias de fraude específicas para ese estado. Sírvese consultar la página de Declaraciones sobre Advertencia de Fraudes adjunta.

Las leyes de Nueva York exigen que aparezca la siguiente declaración: Si usted no es residente de Nueva York, esta declaración no es aplicable: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a algún hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo cual constituye un delito, y también podrá estar sujeto a sanciones civiles que no podrán superar la suma de cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada infracción (no aplica a Seguros de Vida).

FIRMA DEL EMPLEADO X _____ FECHA _____

Kit de Inscripción 00570352, 0001, SP

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados exigen que se incluyan las siguientes declaraciones en el formulario de inscripción:

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y puede ser pasible de multa de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de ellas.

California: Para su protección, las leyes de California exigen que se incluya esta declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y pena de prisión en una cárcel estatal.

Colorado: Es ilícito proporcionar, a sabiendas, información o hechos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las penas se incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. La compañía aseguradora o el agente de compañía aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o hechos engañosos, incompletos o falsos a un tenedor de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al tenedor de póliza o reclamante respecto de la cancelación o indemnización a pagar en el seguro será denunciado a la Oficina de Seguros de Colorado del Departamento de Organismos Regulatorios.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, reclama los beneficios de una póliza de seguros presentando datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Entre las penalidades impuestas, se incluye encarcelamiento y/o multas. Asimismo, la aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si los datos relevantes que el solicitante presenta para realizar la reclamación son falsos.

Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave de tercer grado.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relativa a un hecho sustancial, comete un acto de estafa de seguros, lo que constituye un delito.

Louisiana: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit is guilty of a crime and may be subject to fines and confinements in state prison.

Maine: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, comete un delito y podrá ser pasible de multas y encarcelamiento.

Missouri: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro sujeto a las condiciones / disposiciones de la póliza.

Oregon: Cualquier persona que con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaraciones de reclamo que contengan información falsa a sabiendas, o que oculte con el propósito de engañar información sobre cualquier hecho material aquí, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también puede estar sujeto a sanciones civiles, o la negación de los beneficios del seguro.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa queda sujeta a sanciones civiles y penales.

Nuevo México: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multa civil y sanciones penales o rechazo de los beneficios del seguro.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o, a sabiendas, de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones engañosas o falsas es culpable de fraude al seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a un asegurador, presente una reclamación para cobrar los ingresos de una póliza de seguros que contenga datos falsos, incompletos o engañosos, comete un delito grave.

Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u ocultara información, con el fin de engañar, relativa a un hecho sustancial, comete un acto de seguro fraudulento, que configura un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas y con intención, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y con intención, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeto a multas y pena de prisión.

Tennessee y Washington: Es un delito suministrar intencionalmente a una compañía de seguros datos falsos, incompletos o engañosos con el objeto de estafarla. Entre las penalidades impuestas se encuentra el encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a un asegurador, presente una solicitud o una demanda con declaraciones falsas o engañosas puede incurrir en violaciones a la ley estatal.

