



Residentes de Washington – Lea el documento de información que se adjunta

Ofrecido por Life Insurance Company of North America (una compañía de Cigna)

Pagado por el empleado

## COBERTURA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA – RESUMEN DE BENEFICIOS

**Seguro colectivo de indemnización por  
atención hospitalaria**

**Preparado para: BMC Stock Services, LLC Clase 2**

**La cobertura de Atención hospitalaria brinda un beneficio fijo en efectivo conforme al programa incluido a continuación cuando una Persona cubierta incurre en una estadía en el Hospital a causa de una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta.**

### **¿Quién puede elegir cobertura?**

**Usted:** Todos los empleados activos, a tiempo completo, que trabajen un mínimo de 30 horas a la semana, pueden elegir cobertura el primer día del mes después de cumplir 30 días de servicio activo. **Empleados que residen en Washington.**

**Su cónyuge\*:** Hasta los 70 años, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

**Su(s) hijo(s) dependiente(s):** Desde el nacimiento hasta los 26 años, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

*\*Para fines de este folleto, cada vez que aparezca el término Cónyuge también incluirá a la Pareja de hecho registrada en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las Parejas de hecho o las Uniones civiles. Su Cónyuge debe tener 18 años o más para solicitar la cobertura si se requiere evidencia de asegurabilidad. Su representante de Servicios de Beneficios podrá ofrecerle más información al respecto.*

### **Programa de beneficios**

Las cantidades de beneficio indicadas en este resumen se pagarán independientemente de los gastos reales incurridos. Los beneficios se pagarán únicamente cuando se cumplan todos los términos y condiciones de la póliza. Lea toda la información incluida en este resumen para comprender los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones aplicables a estos beneficios. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

**Período de espera de beneficios:** Ninguna

<b>Beneficios de hospitalización</b>	<b>Plan personalizado</b>
<b>Admisión hospitalaria</b> Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 90 días.	\$625 por día
<b>Admisión hospitalaria por afección crónica</b> Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 90 días.	\$50 por día
<b>Estadía hospitalaria</b> Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 90 días.	\$100 por día
<b>Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital</b> Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 90 días.	\$200 por día
<b>Estadía en el Hospital para observación</b> Período de espera de 1 hora. Límite de 72 horas.	\$100 por período de 24 horas o período prorrateado

**NOTA:** Este seguro NO reemplaza la cobertura de un seguro de salud integral o para grandes gastos médicos.

### **Costo mensual de la cobertura del empleado:**

<b>Nivel</b>	<b>Plan personalizado 3</b>
<b>Empleado</b>	\$6.25
<b>Empleado y cónyuge</b>	\$16.94
<b>Empleado e hijo(s)</b>	\$12.98
<b>Empleado y grupo familiar</b>	\$23.95

Los costos están sujetos a cambios, y podrían ser diferentes si ciertos beneficios o cláusulas no están disponibles en determinados estados.

**NOTA:** A continuación, se detallan algunos de los términos, disposiciones y condiciones importantes de la póliza que se aplican a los beneficios descritos en la póliza. No es una lista completa. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

**Cantidades de beneficio pagaderas:** Los beneficios para todas las Personas cubiertas son pagaderos al 100% de las Cantidades de beneficio detalladas, a menos que se indique lo contrario. Quienes soliciten la cobertura de forma tardía deberán proporcionar una evidencia médica de asegurabilidad.

#### **Condiciones, exclusiones y limitaciones específicas para determinados beneficios (atención hospitalaria):**

- **Admisión hospitalaria:** Debe ser admitido como Paciente internado debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta.
- **Admisión hospitalaria por afección crónica:** Debe ser admitido como Paciente internado debido a una afección crónica cubierta, y el tratamiento para la afección crónica cubierta debe ser proporcionado por un especialista en esa área de la medicina. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (incluidas afecciones crónicas).
- **Estadía en el Hospital:** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en el Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en la ICU, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en el Hospital dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en el Hospital.
- **Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU):** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en la ICU de un Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en el Hospital, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en una ICU dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en la ICU.
- **Estadía en el Hospital para observación:** Debe estar recibiendo tratamiento para una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta en un Hospital, lo que incluye una sala de observación, o un centro quirúrgico ambulatorio, durante más de 23 horas después del período de espera de 1 hora, como paciente no internado y debe incurrir en un cargo. Este beneficio no es pagadero si se paga un beneficio en virtud del Beneficio de estadía en el Hospital o el Beneficio de estadía en la Unidad de cuidados intensivos de un Hospital.

#### **Exclusiones y limitaciones comunes:**

**Exclusiones:** Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Lesión cubierta o Enfermedad cubierta causada por cualquiera de los siguientes supuestos (a menos que se indique lo contrario en la póliza):

- (1) Lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio.
- (2) Comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión.
- (3) Guerra o acto bélico, declarado o no.
- (4) Una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta que se produzca durante la participación en las actividades de servicio activo en el Ejército, la Marina o la Fuerza Aérea de cualquier país u organización internacional. Cuando recibamos un comprobante de servicio, reembolsaremos cualquier prima pagada por este período. El entrenamiento en servicio activo de la Reserva o Guardia Nacional no está excluido, a menos que se extienda por más de 31 días.
- (5) El consumo voluntario de cualquier narcótico, droga, veneno o gases, a menos que sea recetado por un Médico o que se tome según sus instrucciones y de acuerdo con la dosis indicada.
- (6) La operación de cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado para el cual la Persona cubierta haya recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento. A efectos de esta exclusión, "bajo los efectos del alcohol" significa en estado de intoxicación, según lo definido por la ley del estado en el que ocurrió la Lesión cubierta o Enfermedad cubierta.
- Aquellos servicios que no sean necesarios, según lo determinado por Nosotros conforme a los estándares médicos generalmente aceptados, para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de la afección física o mental involucrada. Esto se aplica aunque sean recetados, recomendados o aprobados por el médico a cargo del tratamiento.
- Cirugía estética u opcional. Esto no incluye la cirugía estética reconstructiva: a) relacionada con una cirugía por traumatismo, infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada; o b) a causa de una enfermedad o anomalía congénita de un Hijo dependiente cubierto que ha dado origen a un defecto funcional.
- **Cirugía dental, a menos que la cirugía sea resultado de una lesión accidental.**
- Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por un Médico, un Enfermero o cualquier otra persona que:
  - esté empleada o contratada por el Suscriptor;
  - esté prestando servicios homeopáticos, de aromaterapia o de terapia a base de hierbas;
  - viva en el hogar de la Persona cubierta;
  - sea uno de los padres, hermanos o hijos de la Persona cubierta, o su cónyuge.

## Definiciones importantes:

**Enfermedad cubierta:** Una enfermedad o trastorno físico o mental, lo que incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo, que provoca una pérdida cubierta. Una Enfermedad cubierta incluye la cuarentena médicamente necesaria en un Hospital junto con el tratamiento preventivo médicamente necesario debido a una exposición identificable a una enfermedad contagiosa e infecciosa que pone en peligro la vida.

**Lesión cubierta:** Cualquier daño físico que se produzca en forma directa e independientemente de todas las demás causas y que provoque una pérdida cubierta.

**Persona cubierta:** Una persona que cumple con los requisitos, según lo definido en el Programa de beneficios, que está inscrita y para quien hemos aceptado una Evidencia de asegurabilidad y se ha pagado la prima requerida a su vencimiento, y para quien la cobertura en virtud de esta Póliza continúa en vigor.

**Período de espera:** El período continuo de tiempo que debe esperarse antes de que sea pagadero un beneficio detallado en el Programa de beneficios. Es posible que deba respetarse un Período de espera durante el Período de espera de beneficios de la póliza.

**Hospital:** Una institución que tiene licencia para funcionar como hospital conforme a la ley aplicable; que tiene como actividad principal y continua la prestación de atención y tratamiento médico a las personas enfermas y lesionadas; administrada bajo la supervisión de un personal de médicos; que proporciona servicios de enfermería las 24 horas a cargo de un enfermero titulado (R.N., por sus siglas en inglés) o bajo su supervisión; y que cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con importantes instalaciones quirúrgicas en su edificio, o disponibles mediante la realización de arreglos previos. El término Hospital no incluye una clínica, instalaciones o unidad de un Hospital para: (1) rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería; (2) ancianos, drogadictos o alcohólicos; o (3) un establecimiento destinado principal o exclusivamente a la prestación de servicios psiquiátricos a pacientes con enfermedades mentales.

**Paciente internado:** Una Persona cubierta confinada en el Hospital durante al menos un día completo, con habitación y comida, y a la que se le cobra y factura por estos servicios.

## Disposiciones de la póliza:

**Cuándo comienza su cobertura:** La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que cumpla los requisitos, la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado o la fecha en que usted autorice cualquier deducción en nómina necesaria, lo que ocurra en último lugar; o si se requiere evidencia de asegurabilidad, después de que hayamos aprobado por escrito la cobertura de la Persona cubierta. Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para el Cónyuge y los Hijos dependientes no comenzará para ningún Cónyuge o Hijo dependiente que, en la fecha de entrada en vigor, esté internado en un hospital o confinado en el hogar; esté recibiendo quimioterapia o radioterapia; o se encuentre incapacitado y esté recibiendo la atención de un médico.

**Cuándo termina su cobertura:** La cobertura para cualquier Persona cubierta finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que ya no reúnan los requisitos para recibir cobertura, la fecha en que la póliza colectiva ya no esté en vigor o la fecha del último período para el cual se hayan pagado las primas requeridas. Para su Cónyuge e Hijos dependientes, la cobertura también terminará cuando termine la cobertura para usted, cuando no se paguen las primas o cuando ellos dejen de cumplir los requisitos. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar si usted deja de trabajar. Asegúrese de leer las disposiciones sobre *Continuación del seguro* en su Certificado).

**Característica de portabilidad:** Usted, su Cónyuge y sus Hijos pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben haber estado cubiertos por la póliza y deben tener menos de 70 años para poder conservar su cobertura. Las tarifas pueden cambiar y la totalidad de la cobertura finaliza a los 100 años.

**Derecho a examinar el Certificado por 30 días:** Si una Persona cubierta no está conforme con el Certificado por el motivo que fuera, podrá devolvérselo dentro de los 30 días siguientes a su recepción. Reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado, y el Certificado será nulo, como si nunca se hubiera emitido.

## Este Resumen de beneficios se aplica a las siguientes Clases de empleados: 2

ESTA PÓLIZA BRINDA COBERTURA LIMITADA. PAGA UN BENEFICIO FIJO Y NO CUBRE LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS. ESTE SEGURO NO REEMPLAZA UN SEGURO DE SALUD INTEGRAL O PARA GRANDES GASTOS MÉDICOS. ESTA COBERTURA NO SATISFACE EL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO, DADO QUE LA COBERTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA.

Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Todos los términos y las condiciones de la cobertura se definen en la Póliza colectiva N.º HC960004. Diríjase al Patrocinador de su plan para obtener una copia de la Póliza. En caso de discrepancia entre este resumen y la Póliza colectiva, la información incluida en la Póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad de los productos, los costos, los beneficios, las cláusulas o las características pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza número GHIP-00-1000. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Life Insurance Company of North America. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.