



Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna  
Life Insurance Company of North America  
1601 Chestnut Street, Philadelphia, Pennsylvania 19192-2235

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA COBERTURA QUE SE LE ESTÁ OFRECIENDO

¡Guarde este documento! Quizás sea importante para usted en el futuro. El Comisionado de Seguros del estado de Washington nos exige que le proporcionemos la siguiente información acerca de los beneficios de pagos fijos.

Esta cobertura no constituye un seguro de atención médica integral y no cubrirá el costo de la mayoría de los servicios hospitalarios y otros servicios médicos.

Su Resumen de beneficios brinda una descripción muy breve de los aspectos importantes de la cobertura. No constituye un contrato de seguro, y solo regirán las disposiciones reales de la póliza. La póliza incluirá en detalle los derechos y obligaciones del titular de la póliza maestra y de Life Insurance Company of North America.

Esta cobertura está diseñada para pagarle una cantidad fija de dinero, independientemente de la cantidad que cobre el proveedor. Los pagos no se basan en un porcentaje del cargo del proveedor y se efectúan en forma adicional a la cobertura de cualquier otro plan de salud que usted tenga.

**ADVERTENCIA:** Si también tiene cobertura de un Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) y está aportando a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), debe consultar a su asesor fiscal o su asesor sobre beneficios antes de contratar esta cobertura, para corroborar si podrá seguir aportando a la HSA al adquirir esta cobertura.

Consulte su Resumen de beneficios para obtener más información, lo que incluye un listado de las exclusiones, limitaciones y reducciones de la póliza que pueden afectar los beneficios pagaderos en virtud del plan de Seguro por enfermedad crítica.

WDN – 00-1000.01WA

## Pagado por el empleador SEGURO POR ENFERMEDAD CRÍTICA

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: BMC Stock, LLC

**El Seguro por enfermedad crítica brinda un beneficio en efectivo cuando a una persona asegurada se le diagnostica una enfermedad crítica cubierta una vez que la cobertura está en vigor.**

#### ¿Quién tiene derecho a la cobertura?:

Usted: Todos los Empleados del Empleador activos, a tiempo completo, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, que trabajen regularmente un mínimo de 30 horas a la semana en los Estados Unidos y que residan en el estado de Washington.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de 30 días de servicio activo.

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

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

#### Cobertura disponible:

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.

Cantidad de beneficio	
Empleado	\$5,000
Cónyuge	El 50% de la cantidad del empleado
Hijos	El 25% de la cantidad del empleado

Enfermedades y eventos cubiertos		% de la cantidad de beneficio
Cáncer invasivo	Proliferación o diseminación no controlada/anormal de células malignas invasivas.	100%
Ataque al corazón	Un evento clínico que incluye dos de los siguientes indicadores: 1) dolor de pecho, 2) cambios en ECG, 3) marcadores bioquímicos de muerte de tejido cardíaco, y que provoca la pérdida funcional permanente de la contracción cardíaca.	100%
Derrame cerebral	Un evento cerebrovascular (p. ej., hemorragia cerebral) confirmado por neuroimágenes, con deficiencias neurológicas que duran 30 días o más.	100%
Insuficiencia renal	Crónica e irreversible, que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal.	100%
Trasplante de órganos principales	Incluye: trasplante de hígado, pulmón, páncreas, riñón o corazón. En el primer día de hospitalización para la cirugía.	100%
Esclerosis lateral amiotrófica	(También conocida como enfermedad de Lou Gehrig) Enfermedad de la motone urona que provoca debilidad y atrofia muscular.	100%
Parálisis	Pérdida permanente y total del uso de dos o más extremidades.	100%
Ceguera	Reducción irreversible de la vista en ambos ojos, con una agudeza visual en un solo ojo que no puede corregirse a más de 20/200 (gráfica optométrica) o 6/60 (sistema métrico), o con una reducción del campo visual (de ambos ojos) a 20 grados o menos.	100%
Arteriopatía coronaria (cirugía)	Enfermedad cardíaca/angina de pecho que requiere una cirugía de derivación de las arterias coronarias, según lo indiquen los resultados de pruebas angiográficas.	25%*
Carcinoma in situ	Tumor maligno no invasivo.	25%*

\*Si se paga menos del 100% de la cantidad del beneficio por una Enfermedad crítica cubierta, la cantidad restante del beneficio está disponible para el pago de una Enfermedad crítica cubierta posterior y diferente.

Beneficios adicionales	
Beneficio adicional por enfermedad crítica	Beneficio para el diagnóstico de una afección cubierta posterior y diferente. Pagadero después de un Período de separación de 6 meses a partir del diagnóstico de la primera enfermedad cubierta.
Beneficio por recurrencia de	Beneficio para el diagnóstico de una afección cubierta posterior e igual. Pagadero después de un Período de separación de 12 meses a partir del diagnóstico de la enfermedad cubierta anterior.

### Definiciones y disposiciones importantes de la póliza:

Persona cubierta: Una persona que cumple con los requisitos y se inscribe para recibir la cobertura de esta Póliza.

Pérdida cubierta: Una pérdida que es una de las Afecciones cubiertas, sufrida por la Persona cubierta dentro del período aplicable descrito en 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 que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes). Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para dependientes no comenzará para ningún 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 finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que usted y sus dependientes 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 sus dependientes, la cobertura también finaliza cuando termina 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).

Derecho a examinar el Certificado por 30 días: Si una persona asegurada no está conforme con el Certificado del seguro 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.

## Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios:

Límites de los beneficios: Nunca se pagará más de una Cantidad de beneficio por Persona cubierta (a menos que también se proporcione un Beneficio adicional por enfermedad crítica o Cobertura por recurrencia).

Exclusiones: Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Enfermedad crítica cubierta causada, directa o indirectamente, en forma total o parcial, por cualquiera de los siguientes supuestos: • lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio; • comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión; • guerra o cualquier acto bélico, declarado o no; • una Enfermedad crítica cubierta que sea el resultado de 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). Los términos efectivos de la póliza pueden variar según el diseño y la ubicación de su plan.

Exclusiones y limitaciones de beneficios específicos:

La fecha de diagnóstico debe tener lugar mientras la cobertura esté en vigor y debe cumplirse con la definición de afección.

- Cáncer invasivo: No incluye: cáncer de piel, a menos que se desarrolle una enfermedad metastásica o que se produzca la recurrencia o metástasis de un cáncer diagnosticado previamente, siempre que no hayan pasado 60 meses sin que la Persona cubierta reciba tratamiento antes de ser diagnosticada mientras la cobertura esté en vigor.
- Derrame cerebral: No incluye: ataques isquémicos transitorios (AIT), lesiones cerebrales resultantes de traumatismo/hipoxia/anoxia o hipotensión, ni enfermedades/trastornos de los ojos u oídos.
- Trasplante de órganos principales: Límite: un solo beneficio por trasplantes multiorgánicos.
- Arteriopatía coronaria (cirugía): No incluye: angioplastia, implantes de stents o procedimientos relacionados. Límite: pagadero una sola vez de por vida por Persona cubierta.
- Carcinoma in situ: No incluye: los diferentes tipos de cáncer de piel (carcinoma basocelular o espinocelular, o melanoma/melanoma in situ). Límite: pagadero una sola vez de por vida por Persona cubierta.
- Beneficio adicional por enfermedad crítica: Límite: No se pagará nunca más de una Cantidad de beneficio y una Cantidad de beneficio adicional por Persona cubierta; los beneficios por Arteriopatía coronaria y Carcinoma in situ tienen un límite de una sola vez de por vida por Persona cubierta. A menos que se indique lo contrario, no se pagarán beneficios por una Enfermedad crítica cubierta que se produzca durante el Período de separación.
- Beneficio por recurrencia: No incluye: Cáncer invasivo, carcinoma in situ y arteriopatía coronaria.

Este es solo un resumen de las definiciones. Para poder recibir cobertura, la enfermedad o el evento cubierto deben cumplir con las definiciones y otros términos y condiciones que se establecen en la póliza colectiva.

**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 COBERTURA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICAID O MEDICARE.**

Ubicación: WA

Los términos y las condiciones del Seguro por enfermedad crítica se establecen en la Póliza colectiva N.º CI 960258. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. 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, las condiciones o las características de la cobertura pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza colectiva número: Formulario de la póliza GCI-00-1000. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192 y Cigna Life Insurance Company of New York (Nueva York, NY).

“Cigna” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. 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 y Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

882860SP © 2016 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente**



Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna  
Life Insurance Company of North America  
1601 Chestnut Street, Philadelphia, Pennsylvania 19192-2235

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA COBERTURA QUE SE LE ESTÁ OFRECIENDO

¡Guarde este documento! Quizás sea importante para usted en el futuro. El Comisionado de Seguros del estado de Washington nos exige que le proporcionemos la siguiente información acerca de los beneficios de pagos fijos.

Esta cobertura no constituye un seguro de atención médica integral y no cubrirá el costo de la mayoría de los servicios hospitalarios y otros servicios médicos.

Su Resumen de beneficios brinda una descripción muy breve de los aspectos importantes de la cobertura. No constituye un contrato de seguro, y solo regirán las disposiciones reales de la póliza. La póliza incluirá en detalle los derechos y obligaciones del titular de la póliza maestra y de Life Insurance Company of North America.

Esta cobertura está diseñada para pagarle una cantidad fija de dinero, independientemente de la cantidad que cobre el proveedor. Los pagos no se basan en un porcentaje del cargo del proveedor y se efectúan en forma adicional a la cobertura de cualquier otro plan de salud que usted tenga.

**ADVERTENCIA:** Si también tiene cobertura de un Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) y está aportando a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), debe consultar a su asesor fiscal o su asesor sobre beneficios antes de contratar esta cobertura, para corroborar si podrá seguir aportando a la HSA al adquirir esta cobertura.

Consulte su Resumen de beneficios para obtener más información, lo que incluye un listado de las exclusiones, limitaciones y reducciones de la póliza que pueden afectar los beneficios pagaderos en virtud del plan de Seguro por enfermedad crítica.

WDN – 00-1000.01WA

## Pagado por el empleado SEGURO POR ENFERMEDAD CRÍTICA

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: BMC Stock, LLC Residentes de Washington

**El Seguro por enfermedad crítica brinda un beneficio en efectivo cuando a una persona asegurada se le diagnostica una enfermedad crítica cubierta una vez que la cobertura está en vigor.**

#### ¿Quién puede elegir cobertura?:

Usted: Todos los Empleados del Empleador activos, a tiempo completo, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, que trabajen regularmente un mínimo de 30 horas a la semana en los Estados Unidos y que residan en el estado de Washington.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de 30 días de servicio activo.

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

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

#### Cobertura disponible:

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.

	Cantidad de beneficio	Cantidad de emisión garantizada
Empleado	\$10,000, \$15,000, \$30,000	Hasta \$30,000
Cónyuge	El 50% de la cantidad del empleado	Hasta \$15,000
Hijos	El 25% de la cantidad del empleado	Toda la emisión garantizada

Emisión garantizada significa que es posible que pueda contratar cobertura sin exámenes médicos ni preguntas relacionadas con la salud. Consulte la sección "Emisión garantizada" a continuación para obtener más información.

Enfermedades y eventos cubiertos		% de la cantidad de beneficio
Cáncer invasivo	Proliferación o diseminación no controlada/anormal de células malignas invasivas.	100%
Ataque al corazón	Un evento clínico que incluye dos de los siguientes indicadores: 1) dolor de pecho, 2) cambios en ECG, 3) marcadores bioquímicos de muerte de tejido cardíaco, y que provoca la pérdida funcional permanente de la contracción cardíaca.	100%
Derrame cerebral	Un evento cerebrovascular (p. ej., hemorragia cerebral) confirmado por neuroimágenes, con deficiencias neurológicas que duran 30 días o más.	100%
Insuficiencia renal	Crónica e irreversible, que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal.	100%
Trasplante de órganos principales	Incluye: trasplante de hígado, pulmón, páncreas, riñón o corazón. En el primer día de hospitalización para la cirugía.	100%
Esclerosis lateral amiotrófica	(También conocida como enfermedad de Lou Gehrig) Enfermedad de la motone urona que provoca debilidad y atrofia muscular.	100%
Parálisis	Pérdida permanente y total del uso de dos o más extremidades.	100%
Ceguera	Reducción irreversible de la vista en ambos ojos, con una agudeza visual en un solo ojo que no puede corregirse a más de 20/200 (gráfica optométrica) o 6/60 (sistema métrico), o con una reducción del campo visual (de ambos ojos) a 20 grados o menos.	100%
Arteriopatía coronaria (cirugía)	Enfermedad cardíaca/angina de pecho que requiere una cirugía de derivación de las arterias coronarias, según lo indiquen los resultados de pruebas angiográficas.	25%*
Carcinoma in situ	Tumor maligno no invasivo.	25%*

\*Si se paga menos del 100% de la cantidad del beneficio por una Enfermedad crítica cubierta, la cantidad restante del beneficio está disponible para el pago de una Enfermedad crítica cubierta posterior y diferente.

Beneficios adicionales	
Beneficio adicional por enfermedad crítica	Beneficio para el diagnóstico de una afección cubierta posterior y diferente. Pagadero después de un Período de separación de 6 meses a partir del diagnóstico de la primera enfermedad cubierta.
Beneficio por recurrencia	Beneficio para el diagnóstico de una afección cubierta posterior e igual. Pagadero después de un Período de separación de 12 meses a partir del diagnóstico de la enfermedad cubierta anterior.

### Costo mensual de la cobertura:

#### Cantidad del beneficio: \$10,000

Edad	Empleado (EE)		Empleado Cónyuge (EE+SP)		Empleado + Hijos (EE+CH)		Empleado + Grupo familiar (EE+F)	
	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador
<29	\$2.93	\$2.08	\$4.64	\$3.29	\$3.12	\$2.27	\$4.84	\$3.49
30 a 39	\$6.39	\$3.54	\$11.37	\$6.39	\$6.59	\$3.74	\$11.56	\$6.59
40 a 49	\$15.35	\$7.52	\$26.47	\$13.17	\$15.55	\$7.72	\$26.67	\$13.37
50 a 59	\$37.55	\$19.34	\$58.58	\$29.78	\$37.75	\$19.54	\$58.78	\$29.98
60 a 69	\$60.53	\$34.03	\$92.29	\$50.97	\$60.73	\$34.23	\$92.49	\$51.17
70 a 79	\$89.77	\$58.09	\$140.46	\$87.96	\$89.97	\$58.29	\$140.66	\$88.16
80 a 89	\$142.65	\$111.94	\$214.40	\$159.58	\$142.85	\$112.14	\$214.60	\$159.78
90 o más	\$142.65	\$111.94	\$214.40	\$159.58	\$142.85	\$112.14	\$214.60	\$159.78

## Costo mensual de la cobertura — continuación

### Cantidad de beneficio: \$15,000

Edad	Empleado (EE)		Empleado Cónyuge (EE+SP)		Empleado + Hijos (EE+CH)		Empleado + Grupo familiar (EE+F)	
	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador
<29	\$4.40	\$3.12	\$6.96	\$4.94	\$4.68	\$3.41	\$7.26	\$5.24
30 a 39	\$9.59	\$5.31	\$17.06	\$9.59	\$9.89	\$5.61	\$17.34	\$9.89
40 a 49	\$23.03	\$11.28	\$39.71	\$19.76	\$23.33	\$11.58	\$40.01	\$20.06
50 a 59	\$56.33	\$29.01	\$87.87	\$44.67	\$56.63	\$29.31	\$88.17	\$44.97
60 a 69	\$90.80	\$51.05	\$138.44	\$76.46	\$91.10	\$51.35	\$138.74	\$76.76
70 a 79	\$134.66	\$87.14	\$210.69	\$131.94	\$134.96	\$87.44	\$210.99	\$132.24
80 a 89	\$213.98	\$167.91	\$321.60	\$239.37	\$214.28	\$168.21	\$321.90	\$239.67
90 o más	\$213.98	\$167.91	\$321.60	\$239.37	\$214.28	\$168.21	\$321.90	\$239.67

### Cantidad de beneficio: \$30,000

Edad	Empleado (EE)		Empleado Cónyuge (EE+SP)		Empleado + Hijos (EE+CH)		Empleado + Grupo familiar (EE+F)	
	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador
<29	\$8.79	\$6.24	\$13.92	\$9.87	\$9.36	\$6.81	\$14.52	\$10.47
30 a 39	\$19.17	\$10.62	\$34.11	\$19.17	\$19.77	\$11.22	\$34.68	\$19.77
40 a 49	\$46.05	\$22.56	\$79.41	\$39.51	\$46.65	\$23.16	\$80.01	\$40.11
50 a 59	\$112.65	\$58.02	\$175.74	\$89.34	\$113.25	\$58.62	\$176.34	\$89.94
60 a 69	\$181.59	\$102.09	\$276.87	\$152.91	\$182.19	\$102.69	\$277.47	\$153.51
70 a 79	\$269.31	\$174.27	\$421.38	\$263.88	\$269.91	\$174.87	\$421.98	\$264.48
80 a 89	\$427.95	\$335.82	\$643.20	\$478.74	\$428.55	\$336.42	\$643.80	\$479.34
90 o más	\$427.95	\$335.82	\$643.20	\$478.74	\$428.55	\$336.42	\$643.80	\$479.34

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

Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.

## Definiciones y disposiciones importantes de la póliza:

\*Pareja de hecho se define en la póliza colectiva. 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 representante de Servicios de Beneficios podrá ofrecerle más información al respecto.

Período de espera de beneficios: 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor. A menos que se indique lo contrario, no se pagarán beneficios por una enfermedad crítica cubierta que se produzca durante este Período de espera de beneficios.

Persona cubierta: Una persona que cumple con los requisitos y se inscribe para recibir la cobertura de esta Póliza.

Pérdida cubierta: Una pérdida que es una de las Afecciones cubiertas, sufrida por la Persona cubierta dentro del período aplicable descrito en 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 que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes). Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para dependientes no comenzará para ningún 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 finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que usted y sus dependientes 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 sus dependientes, la cobertura también finaliza cuando termina 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).

Derecho a examinar el Certificado por 30 días: Si una persona asegurada no está conforme con el Certificado del seguro por el motivo que fuera, podrá devolvérnoslo 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.

Característica de portabilidad: Usted, su cónyuge e hijo(s) pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. 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.

## Reducciones, exclusiones y limitaciones de beneficios:

Límites de los beneficios: Nunca se pagará más de una Cantidad de beneficio por Persona cubierta (a menos que también se proporcione un Beneficio adicional por enfermedad crítica o Cobertura por recurrencia).

Exclusiones: Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Enfermedad crítica cubierta causada, directa o indirectamente, en forma total o parcial, por cualquiera de los siguientes supuestos: • lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio; • comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión; • guerra o cualquier acto bélico, declarado o no; • una Enfermedad crítica cubierta que sea el resultado de 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). Los términos efectivos de la póliza pueden variar según el diseño y la ubicación de su plan.

Exclusiones y limitaciones de beneficios específicos:

La fecha de diagnóstico debe tener lugar mientras la cobertura esté en vigor y debe cumplirse con la definición de afección.

- Cáncer invasivo: No incluye: cáncer de piel, a menos que se desarrolle una enfermedad metastásica o que se produzca la recurrencia o metástasis de un cáncer diagnosticado previamente, siempre que no hayan pasado 60 meses sin que la Persona cubierta reciba tratamiento antes de ser diagnosticada mientras la cobertura esté en vigor.
- Derrame cerebral: No incluye: ataques isquémicos transitorios (AIT), lesiones cerebrales resultantes de traumatismo/hipoxia/anoxia o hipotensión, ni enfermedades/trastornos de los ojos u oídos.
- Trasplante de órganos principales: Límite: un solo beneficio para trasplantes multiorgánicos.
- Arteriopatía coronaria (cirugía): No incluye: angioplastia, implantes de stents o procedimientos relacionados. Límite: pagadero una sola vez de por vida por Persona cubierta.
- Carcinoma in situ: No incluye: los diferentes tipos de cáncer de piel (carcinoma basocelular o espinocelular, o melanoma/melanoma in situ). Límite: pagadero una sola vez de por vida por Persona cubierta.
- Beneficio adicional por enfermedad crítica: Límite: No se pagará nunca más de una Cantidad de beneficio y una Cantidad de beneficio adicional por Persona cubierta; los beneficios por Arteriopatía coronaria y Carcinoma in situ tienen un límite de una sola vez de por vida por Persona cubierta. A menos que se indique lo contrario, no se pagarán beneficios por una Enfermedad crítica cubierta que se produzca durante el Período de separación.
- Beneficio por recurrencia: No incluye: Cáncer invasivo, carcinoma in situ y arteriopatía coronaria.

## Emisión garantizada:

Si usted es un empleado nuevo y solicita cobertura para usted durante los primeros 31 días después de cumplir los requisitos para solicitarla, tiene derecho a escoger cualquiera de las coberturas ofrecidas hasta la Cantidad de emisión garantizada, sin proporcionar evidencia de buena salud. Si solicita una cantidad de cobertura mayor a la Cantidad de emisión garantizada, la cobertura en exceso de la Cantidad de emisión garantizada no se emitirá hasta que la compañía de seguros apruebe la evidencia aceptable de buena salud. Si solicita cobertura para usted más de 31 días después de la fecha en que cumpla los requisitos para elegir cobertura en virtud de este plan, no se aplicará la Cantidad de emisión garantizada, a menos que la Emisión garantizada haya sido aprobada por su empleador por un período específico. La cobertura no se emitirá hasta que la compañía de seguros apruebe la evidencia aceptable de buena salud. Los beneficios pueden reducirse según la edad.

Este es solo un resumen de las definiciones. Para poder recibir cobertura, la enfermedad o el evento cubierto deben cumplir con las definiciones y otros términos y condiciones que se establecen en la póliza colectiva.

**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 COBERTURA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICAID O MEDICARE.**

Ubicación: Residentes de Washington, WA

Los términos y las condiciones de la cobertura del Seguro por enfermedad crítica se establecen en la Póliza colectiva N.º CI 960258. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. 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, las condiciones o las características de la cobertura pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza colectiva número: Formulario de la póliza GCI-00-1000. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192 y Cigna Life Insurance Company of New York (Nueva York, NY).

“Cigna” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. 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 y Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

882860SP © 2016 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.





Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna  
Life Insurance Company of North America  
1601 Chestnut Street, Philadelphia, Pennsylvania 19192-2235

#### INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA COBERTURA QUE SE LE ESTÁ OFRECIENDO

¡Guarde este documento! Quizás sea importante para usted en el futuro. El Comisionado de Seguros del estado de Washington nos exige que le proporcionemos la siguiente información acerca de los beneficios de pagos fijos.

Esta cobertura no constituye un seguro de atención médica integral y no cubrirá el costo de la mayoría de los servicios hospitalarios y otros servicios médicos.

Su Resumen de beneficios brinda una descripción muy breve de los aspectos importantes de la cobertura. No constituye un contrato de seguro, y solo registrarán las disposiciones reales de la póliza. La póliza incluirá en detalle los derechos y obligaciones del titular de la póliza maestra y de Life Insurance Company of North America.

Esta cobertura está diseñada para pagarle una cantidad fija de dinero, independientemente de la cantidad que cobre el proveedor. Los pagos no se basan en un porcentaje del cargo del proveedor y se efectúan en forma adicional a la cobertura de cualquier otro plan de salud que usted tenga.

**ADVERTENCIA:** Si también tiene cobertura de un Plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) y está aportando a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), debe consultar a su asesor fiscal o su asesor sobre beneficios antes de contratar esta cobertura, para corroborar si podrá seguir aportando a la HSA al adquirir esta cobertura.

Consulte su Resumen de beneficios para obtener más información, lo que incluye un listado de las exclusiones, limitaciones y reducciones de la póliza que pueden afectar los beneficios pagaderos en virtud del plan de Seguro por enfermedad crítica.

WDN – 00-1000.01WA

Pagado por el empleado

## SEGURO POR LESIÓN ACCIDENTAL

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: BMC Stock, LLC Residentes de Washington

**La cobertura por Lesión accidental brinda un beneficio fijo en efectivo conforme al programa incluido a continuación cuando una Persona cubierta sufre determinadas Lesiones o recibe una amplia variedad de tratamientos o cuidados médicos como resultado de un Accidente cubierto.**

Vea a continuación la sección Tipo de cobertura.

#### ¿Quién puede elegir cobertura?:

Usted: Todos los Empleados del Empleador activos, a tiempo completo, que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, que trabajen regularmente un mínimo de 30 horas a la semana en los Estados Unidos, sin incluir los residentes del estado de Washington.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de 30 días de servicio activo.

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

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

**Cobertura disponible:** Este plan por Lesión accidental brinda cobertura fuera del trabajo únicamente.

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.

Atención inicial y atención de emergencia	Plan bajo
Ambulancia terrestre/ambulancia aérea	\$100/\$300
Tratamiento de atención de emergencia	\$150
Visita al consultorio del médico	\$75

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

## Cobertura disponible — continuación

Beneficios de hospitalización <sup>1</sup>	Plan bajo
Admisión hospitalaria	\$500
Estadía hospitalaria (por día)	\$100
Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (por día)	\$200
Fracturas y luxaciones <sup>2</sup>	Plan bajo
Por fractura cubierta con reparación quirúrgica	\$100-\$2,000
Por fractura cubierta sin reparación quirúrgica	\$50-\$1,000
Fractura astillada (porcentaje del beneficio por fractura)	25%
Por luxación cubierta con reparación quirúrgica	\$100-\$2,000
Por luxación cubierta sin reparación quirúrgica	\$50-\$1,000
Atención de seguimiento <sup>3</sup>	Plan bajo
Visita médica de seguimiento	\$50
Visitas de fisioterapia de seguimiento	\$25
Beneficios por accidente mejorados <sup>4</sup>	Plan bajo
Ejemplos:	
Laceraciones pequeñas (de 6 pulgadas de largo o menos, que requieren 2 o más suturas)	\$50
Laceraciones grandes (de más de 6 pulgadas de largo, que requieren 2 o más suturas)	\$100
Coma (que dura 7 días sin respuesta)	\$5,000
Conmoción	\$100
Más otros 22 beneficios: Consulte el certificado para conocer los detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.	

## Costo mensual de la cobertura:

Nivel	Plan bajo
Empleado	\$5.52
Empleado y cónyuge	\$9.09
Empleado e hijo(s)	\$8.82
Grupo familiar	\$12.25

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

Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.

## Definiciones y disposiciones importantes de la póliza:

Tipo de cobertura: Se pagan beneficios cuando una lesión cubierta es provocada directamente, e independientemente de todas las demás causas, por un Accidente cubierto. Un Accidente cubierto es un evento externo, repentino e imprevisible que provoca, en forma directa, una Lesión cubierta o Pérdida cubierta, y que se produce mientras la Persona cubierta está asegurada por esta Póliza. Los beneficios proporcionados no tienen por objeto cubrir todos los gastos médicos.

\*Pareja de hecho se define en la Póliza colectiva. 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 representante de Servicios de Beneficios podrá ofrecerle más información al respecto.

Persona cubierta: Una persona que cumple con los requisitos y se inscribe para recibir la cobertura de esta Póliza.

Pérdida cubierta: Una pérdida que es una de las Afecciones cubiertas, sufrida por la Persona cubierta dentro del período aplicable descrito en la Póliza.

## Definiciones y disposiciones importantes de la póliza — continuación

**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 que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes). Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para dependientes no comenzará para ningún dependiente que, en la fecha de entrada en vigor, esté internado en un hospital o confinado en el hogar o en un establecimiento; esté recibiendo la atención de un Médico por una enfermedad o lesión; esté recibiendo beneficios por incapacidad; o no pueda realizar cualquiera de las actividades de la vida diaria sin asistencia.

**Cuándo termina su cobertura:** La cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que usted y sus dependientes 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. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar si usted deja de trabajar. Asegúrese de leer las disposiciones sobre Continuación del seguro en su Certificado).

**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.

**Característica de portabilidad:** Usted puede conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben haber estado cubiertos por la póliza durante al menos 12 meses 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.

**Condiciones y limitaciones de los beneficios:** Este documento proporciona solamente los aspectos más destacados. Todas las reclamaciones por una pérdida cubierta deben cumplir con las Condiciones y limitaciones específicas de los beneficios, y están sujetas a todos los demás términos establecidos en la póliza colectiva.

**Exclusiones:** Además de cualquier exclusión específica de los beneficios, no se realizará ningún pago por pérdidas provocadas, directa o indirectamente, en forma total o parcial, por los siguientes supuestos:

- lesión autoinfligida intencionalmente, incluido el suicidio o cualquier intento de suicidio;
- comisión de una agresión o un delito grave;
- saltos con correa elástica (bungee jumping); paracaidismo; paracaidismo en la modalidad de caída libre; vuelo libre; vuelo con ala delta;
- guerra o acto bélico, declarado o no;
- viaje en una aeronave o viaje aéreo, salvo como pasajero comercial o en una aeronave usada por el Air Mobility Command (a menos que sea propiedad del Suscriptor o que este la alquile o controle);
- enfermedad, afección, deterioro físico o mental, infección bacteriana o viral o el tratamiento médico o quirúrgico correspondiente, salvo las infecciones bacterianas que sean resultado de un corte o una herida externa accidental, o la ingestión accidental de alimentos contaminados;
- actividades de servicio militar activo, excepto el entrenamiento en servicio activo de la Reserva o la Guardia Nacional que dure 31 días o menos;
- servicios o tratamientos proporcionados por un Médico, Enfermero o cualquier otro individuo que: esté empleado por el Suscriptor, viva con la Persona cubierta o sea su familiar inmediato, o proporcione tratamientos médicos alternativos; y
- lesiones que se produzcan durante el desempeño de cualquier trabajo a cambio de un sueldo, un beneficio o una ganancia. Los términos efectivos de la póliza pueden variar según el diseño y la ubicación de su plan.

**Exclusiones y limitaciones de beneficios específicos:**

**Ambulancia terrestre/ambulancia aérea:** Los servicios deben proporcionarse desde el lugar del Accidente cubierto o dentro de los 90 días siguientes al Accidente cubierto. Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto por Persona cubierta; límite de 1 beneficio por mes; se pagará un solo beneficio por ambulancia terrestre/aérea, el que sea mayor. ● **Tratamiento de atención de emergencia:** Tratamiento de atención de emergencia: El tratamiento debe proporcionarse dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto por Persona cubierta; límite de 1 Accidente cubierto por mes. No incluye: el tratamiento proporcionado por un Familiar inmediato, una clínica o el consultorio de un médico. ● **Visita al consultorio del médico:** La persona debe ser diagnosticada y tratada por un Médico dentro de los 365 días siguientes al Accidente cubierto. Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto por Persona cubierta; no es pagadero si una Persona cubierta reúne los requisitos para recibir un beneficio en virtud del Tratamiento de emergencia. No incluye: inmunizaciones o exámenes médicos de rutina para Personas cubiertas de 60 años o más, visitas por Trastornos mentales o nerviosos ni visitas de un cirujano mientras la persona está internada en un Hospital. ● **Admisión hospitalaria:** Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto; límite de 1 beneficio por mes. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por el mismo Accidente cubierto.

- **Estadía hospitalaria por día:** La persona debe ser admitida como Paciente hospitalizado durante al menos 23 horas dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. Período de beneficio máximo: 365 días. Límites: 1 beneficio por mes; no pagadero para una readmisión en el hospital por el mismo Accidente cubierto; si la persona reúne los requisitos para el Beneficio de estadía hospitalaria y el Beneficio de Unidad de cuidados intensivos inicial, se pagará 1 solo beneficio por el mismo Accidente cubierto, el que sea mayor; las Estadías dentro de un período de 90 días por el mismo Accidente cubierto o un Accidente cubierto relacionado se consideran una sola Estadía. ● **Estadía en la Unidad de cuidados intensivos por día:** La persona debe ser admitida como Paciente hospitalizado durante al menos 23 horas dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. Período de beneficio máximo: 365 días. Límites: 1 beneficio por mes; no pagadero para una readmisión en el hospital por el mismo Accidente cubierto; si la persona reúne los requisitos para el Beneficio de estadía hospitalaria y el Beneficio de Unidad de cuidados intensivos inicial, se pagará 1 solo beneficio por el mismo Accidente cubierto, el que sea mayor; las Estadías dentro de un período de 90 días por el mismo Accidente cubierto o un Accidente cubierto relacionado se consideran una sola Estadía. ● **Visita médica de seguimiento:** Límites: 10 beneficios por cada Persona cubierta por Accidente cubierto; límite de 1 Accidente cubierto por mes por Persona cubierta.

**Visitas de fisioterapia de seguimiento:** Límites: 10 beneficios por cada Persona cubierta por Accidente cubierto; límite de 1 Accidente cubierto por mes por Persona cubierta. ● **Laceraciones grandes:** El Médico debe proporcionar el tratamiento dentro de los 365 días del Accidente cubierto. Límites: pagadero 1 vez por Persona cubierta por Accidente cubierto; en caso de laceraciones múltiples, se paga el doble como máximo. ● **Coma:** Límites: pagadero 1 vez por Accidente cubierto. No incluye: el coma inducido médicamente. ● **Conmoción:** Límites: pagadero 1 vez por Accidente cubierto. 1 El término "Hospital" no incluye un establecimiento utilizado para: (1) rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reducidos, educación o cuidados de enfermería; (2) ancianos, drogadictos o alcohólicos. 2 Si la Persona cubierta sufre más de una fractura o luxación como resultado de un Accidente cubierto, pagaremos un solo beneficio, el que sea mayor. Los beneficios que se pagarán variarán según el tipo de fractura o luxación cubierta. La persona debe ser diagnosticada y tratada por un Médico dentro de los 365 días siguientes al Accidente cubierto. 3 El examen o tratamiento debe proporcionarse dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. 4 El pago de los Beneficios por accidente mejorados se aplica únicamente si los beneficios no son pagaderos en virtud de las disposiciones de la póliza estándar.

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 COBERTURA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICAID O MEDICARE.

Ubicación: Residentes de Washington, WA

Los términos y las condiciones del Seguro por lesión accidental se establecen en la Póliza colectiva N.º AI 960240. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. 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, las condiciones o las características de la cobertura pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. La cobertura del seguro se emite en el formulario de la póliza colectiva número: Formulario de la póliza GCI-00-1000. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192 y Cigna Life Insurance Company of New York (Nueva York, NY).

“Cigna” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. 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 y Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

882859SP © 2016 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.