



Distribuido por: Subsidiarias operativas de Cigna Corporation. Los beneficios del seguro son asegurados por Cigna Health and Life Insurance Company.

Pagado por el empleado

SEGURO POR LESIÓN ACCIDENTAL

RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: Distrito Escolar Independiente de Friendswood

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 las variaciones según el estado (marcadas con un *).*

Quién puede elegir cobertura:

La elegibilidad para usted, su cónyuge y sus hijos será considerada por su empleador.

Usted: Todos los Empleados del Empleador, activos, a tiempo completo, que trabajen regularmente en los Estados Unidos un mínimo de 18.75 horas a la semana, que residan regularmente en los Estados Unidos y que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, o no ciudadanos de los Estados Unidos que trabajen y vivan legalmente en los Estados Unidos (impatriados), y su Cónyuge, Pareja de hecho o Pareja de unión civil e Hijos dependientes que sean ciudadanos o extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos, o un Cónyuge, Pareja de hecho o Pareja de unión civil o Hijos dependientes impatriados y que residan legalmente en los Estados Unidos.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de la fecha de contratación o de Servicio activo.

Su cónyuge/pareja de hecho: Hasta los 100 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, o más de 26 años si es un hijo discapacitado, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

Cobertura disponible: Este plan por Lesión accidental brinda cobertura las 24 horas.

Las cantidades de beneficio indicadas en este resumen se pagarán independientemente de los gastos reales incurridos y se pagan por día a menos que se especifique lo contrario. 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, las condiciones, las variaciones según el estado, las exclusiones y las limitaciones aplicables a estos beneficios. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

Cantidad de porcentaje de los beneficios (a menos que se indique lo contrario)	Empleado	Empleado y cónyuge	Hijos
	100% de los beneficios detallados	100% de los beneficios detallados	100% de los beneficios detallados

Atención inicial y atención de emergencia	Plan 1	Plan 2
Tratamiento de atención de emergencia	\$100	\$200
Visita al consultorio del médico (incluye atención de urgencia)	\$100	\$200
Examen de diagnóstico (radiografía o análisis de laboratorio)	\$50	\$75
Ambulancia terrestre o marítima/ambulancia aérea	\$300/\$1,200	\$400/\$1,600
Beneficios de hospitalización	Plan 1	Plan 2
Admisión hospitalaria	\$625	\$1,250
Admisión en la Unidad de cuidados intensivos	\$625	\$1,250
Estadía hospitalaria	\$150	\$200
Estadía en la Unidad de cuidados intensivos	\$200	\$400
Fracturas y luxaciones	Plan 1	Plan 2
Por fractura cubierta con reparación quirúrgica	\$100-\$6,000	\$200-\$9,000
Por fractura cubierta sin reparación quirúrgica	\$50-\$3,000	\$100-\$4,500
Fractura astillada (porcentaje del beneficio por fractura)	25%	25%
Por luxación cubierta con reparación quirúrgica	\$100-\$4,000	\$200-\$8,000
Por luxación cubierta sin reparación quirúrgica	\$50-\$2,000	\$100-\$4,000

Atención de seguimiento	Plan 1	Plan 2
Visita de seguimiento en el consultorio del médico (o profesional médico)	\$50	\$75
Visita de fisioterapia de seguimiento	\$25	\$50
Beneficios por accidente mejorados	Plan 1	Plan 2
Ejemplos:		
Laceraciones pequeñas (de 6 pulgadas de largo o menos, que requieren 2 o más suturas)	\$50	\$100
Laceraciones grandes (de más de 6 pulgadas de largo, que requieren 2 o más suturas)	\$400	\$600
Conmoción	\$200	\$400
Coma (que dura 7 días sin respuesta)	\$5,000	\$10,000

Se incluyen beneficios adicionales por lesiones accidentales - Consulte el certificado para conocer los detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones. Atención virtual aceptada para la visita inicial al consultorio del médico y la atención de seguimiento.

Beneficio por muerte o desmembramiento accidental	Plan 1	Plan 2
Los beneficios incluyen (a modo de ejemplo) el pago por muerte a raíz de un accidente automovilístico o la pérdida total y permanente del habla o de la audición en ambos oídos. La cantidad de beneficio real que se pagará dependerá del tipo de Pérdida cubierta. El beneficio para el cónyuge y los hijos es el 50% y el 25%, respectivamente, del beneficio detallado.	Pérdida de la vida: \$25,000 - \$75,000 Desmembramiento: \$1,000 - \$20,000	Pérdida de la vida: \$50,000 - \$100,000 Desmembramiento: \$2,000 - \$30,000
Beneficio de tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección y atención preventiva*	Plan 1	Plan 2
Beneficio de tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección y atención preventiva:* El beneficio pagado para todas las personas cubiertas es el 100% del beneficio detallado. También incluye la vacuna, las pruebas y los exámenes de detección para COVID-19. Atención virtual aceptada.	\$50	\$50
Beneficio por accidente deportivo	Plan 1	Plan 2
Actividad deportiva organizada y personal Límite de 10 por año	El 50% del beneficio calificado	El 50% del beneficio calificado

Característica de portabilidad: Usted, su cónyuge e hijo(s) pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben tener menos de 100 años para poder conservar su cobertura. Las tarifas pueden cambiar y la totalidad de la cobertura finaliza a los 100 años. Se aplica a los ciudadanos y extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos que residan en los Estados Unidos. Solo disponible para los ciudadanos de los Estados Unidos, extranjeros residentes permanentes y no ciudadanos de los Estados Unidos que trabajen legalmente en los Estados Unidos (impatriados) mientras residen en los Estados Unidos.

Costo mensual de la cobertura del empleado:

Nivel	Plan 1	Plan 2
Empleado	\$9.10	\$15.68
Empleado y cónyuge	\$14.28	\$24.56
Empleado e hijo(s)	\$14.92	\$25.78
Empleado y familia	\$23.54	\$40.62

Los costos están sujetos a cambio. 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.

Accidente cubierto: Un evento externo, repentino e imprevisible que provoca, en forma directa e independientemente de todas las demás causas, una Lesión cubierta o Pérdida cubierta; que se produce mientras la Persona cubierta está asegurada por esta Póliza; que no es causado por influencia de una afección, enfermedad o debilidad mental o física; y que no está excluido por otro motivo de los términos de esta Póliza.

Lesión cubierta: Cualquier daño físico causado en forma directa, e independientemente de todas las demás causas, por un Accidente cubierto.

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

Pérdida cubierta: Una pérdida provocada, en forma directa e independientemente de todas las demás causas, por un Accidente cubierto sufrido por la Persona cubierta dentro del período aplicable descrito en 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 equipo 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; y que cobra por sus servicios. El término Hospital no incluye una clínica, un establecimiento o una unidad de un Hospital para: rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación o cuidados de enfermería; ancianos o tratamiento de la adicción a las drogas o el alcohol.

Cuándo comienza su cobertura: La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que cumpla los requisitos o el primer día del mes después de la fecha en la que recibamos su formulario de inscripción llenado, lo que ocurra en último lugar, a menos que Cigna acuerde lo contrario. Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para todas las Personas cubiertas no comenzará en la fecha de entrada en vigor si la Persona cubierta está internada en un hospital o confinada en el hogar o en un establecimiento, está incapacitada o recibiendo beneficios por incapacidad, o no puede realizar las actividades de la vida diaria.

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 termina cuando termine la cobertura de usted, cuando no se paguen las primas o cuando ellos dejen de cumplir los requisitos. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar. Asegúrese de leer las disposiciones de 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.

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 comunes:* Además de cualquier exclusión específica de los beneficios, no se realizará ningún pago por pérdidas provocadas, directa o indirectamente, 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; • la operación de cualquier vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente; • el consumo voluntario de cualquier droga, a menos que sea recetada por un médico y que se tome según sus instrucciones; • 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. Los términos efectivos de la póliza pueden variar según el diseño y la ubicación de su plan.

Exclusiones y limitaciones de beneficios específicos:*

Tratamiento de atención de emergencia: El tratamiento debe proporcionarse dentro de los 30 días posteriores al Accidente cubierto. Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto por Persona cubierta; 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 90 días posteriores 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. **Examen de diagnóstico:** pagadero una sola vez por Accidente cubierto por Persona cubierta; el tratamiento debe proporcionarse dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. **Ambulancia terrestre o marítima/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; se pagará un solo beneficio por ambulancia terrestre o marítima/aérea, el que sea mayor. **Admisión hospitalaria:** La admisión como paciente hospitalizado debe producirse dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto debido a dicho accidente. Límites: pagadero una sola vez por Accidente cubierto; 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 durante al menos 23 horas o admitida como paciente hospitalizado dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. Límites: 365 días por Accidente cubierto; 1 estadía por accidente; 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.

Beneficio de admisión en la Unidad de cuidados intensivos (ICU): Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en la ICU de un Hospital dentro de los 90 días debido a un Accidente cubierto. La admisión en la ICU será pagadera el día 1 y tiene un límite de 10 admisiones dentro de un período de 12 meses durante la vigencia de la Póliza. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión en una ICU por el mismo Accidente cubierto. **Estadía en la Unidad de cuidados intensivos por día:** La persona debe ser

admitida durante al menos 23 horas o admitida como paciente hospitalizado dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. **Límites:** 365 días por Accidente cubierto; 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. **Fractura/luxación:** Si se produce más de una fractura, se pagará un solo beneficio, el que sea mayor. La fractura astillada no se pagará de forma adicional a la fractura cerrada. **Límites:** Las fracturas y luxaciones tienen un límite de 1 por accidente. La persona debe ser diagnosticada y tratada por un médico dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. **Visita de seguimiento al consultorio del médico:** **Límites:** 10 visitas de seguimiento por cada Persona cubierta por Accidente cubierto para visitas de seguimiento en el consultorio del médico; debe ser examinado, tratado o recetado por un médico. El primer examen o tratamiento debe proporcionarse dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. Los tratamientos de seguimiento subsiguientes deben completarse dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. La visita de seguimiento en el consultorio puede incluir el tratamiento proporcionado por proveedores que sean profesionales con las licencias apropiadas para brindar atención quiropráctica, terapia del habla, terapia ocupacional, terapia vocacional, terapia respiratoria y tratamiento para la salud mental asociado con Accidentes cubiertos traumáticos. **Visita de fisioterapia de seguimiento:** **Límites:** 10 visitas de seguimiento por cada Persona cubierta por Accidente cubierto para visitas de fisioterapia de seguimiento; debe ser examinado, tratado o recetado por un médico. El primer examen o tratamiento debe proporcionarse dentro de los 120 días posteriores al Accidente cubierto. Los tratamientos de seguimiento subsiguientes deben completarse dentro de los 365 días posteriores al Accidente cubierto. **Beneficio de tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección y atención preventiva:** **Límite:** 1 por año por Persona cubierta. **Laceraciones grandes:** El Médico debe proporcionar el tratamiento dentro de los 90 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. **Conmoción:** La persona debe ser diagnosticada por un médico dentro de los 90 días posteriores al Accidente cubierto. **Límites:** pagadero 1 vez por Accidente cubierto. **Coma:** **Límites:** pagadero 1 vez por Accidente cubierto. La persona debe estar inconsciente durante 7 días o más, sin respuesta a estímulos externos y debe requerir asistencia respiratoria artificial o apoyo vital. No incluye: el coma inducido médicamente. **Cláusula por muerte o desmembramiento accidental:** Para recibir los beneficios, la muerte o la pérdida debe tener lugar dentro de los 365 días posteriores al accidente cubierto. Las exclusiones que se aplican a este beneficio se encuentran en la Sección Exclusiones comunes. Si una Persona cubierta muere como resultado de un accidente automovilístico, no se pagarán otros beneficios por pérdida de la vida. Si era quien conducía, deberá tener una licencia de conducir válida y vigente. Si se debe pagar por la pérdida total y permanente del habla o la audición en ambos oídos, no se pagarán beneficios en virtud del beneficio por desmembramiento, y los beneficios totales no superarán el beneficio por muerte. No es una lista completa. Consulte el certificado para conocer todos los detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones que se aplican a este beneficio. **Beneficio por accidente deportivo:** Esta cobertura es pagadera si una Persona cubierta sufre una Lesión cubierta causada directamente, e independientemente de todas las demás causas, por una Actividad deportiva organizada cubierta o una Actividad deportiva personal cubierta. **Actividad deportiva organizada:** Una competencia atlética académica o aficionada, o una práctica organizada supervisada para la competencia, que se lleve a cabo de forma regular y programada. La competencia debe ser supervisada por una entidad legal, lo que incluye, a modo de ejemplo, un sistema escolar público o privado, una conferencia deportiva, un municipio o una organización religiosa o benéfica, y debe requerir una inscripción formal para participar. El término Actividad deportiva organizada no incluye: los juegos amistosos y espontáneos; el coaching o arbitraje pago; el entrenamiento personal o guiado; la participación en cualquier deporte o actividad deportiva por un sueldo, una compensación o una ganancia; y las carreras en cualquier tipo de vehículo en un evento organizado. **Actividad deportiva personal:** Cualquier actividad deportiva o física con la meta de mejorar el bienestar y el estado físico, sin fines competitivos. El término Actividad deportiva personal no incluye: el coaching o arbitraje pago; la participación en cualquier deporte o actividad deportiva por un sueldo, una compensación o una ganancia; y las carreras en cualquier tipo de vehículo en un evento organizado.

* Variaciones según el estado

La definición de cónyuge incluye a las parejas de uniones civiles en New Hampshire y Vermont, pero no incluye a las parejas de uniones civiles para los residentes de Idaho. **Exclusiones y limitaciones de beneficios específicos:** El plazo para obtener los servicios después de un accidente cubierto se extiende en NM, VT y WA; la exclusión para una Visita al consultorio del médico no se aplica para los residentes de ID. Para los residentes de TX, la exclusión de Atención de emergencia se limita al tratamiento proporcionado por un Familiar inmediato y no se aplica a un dentista con licencia. La **Estadía en un hospital o una Unidad de cuidados intensivos (ICU)** requiere un mínimo de 31 días para los residentes de Idaho. Consulte su Certificado para conocer los detalles. Para los residentes de NH, las estadías en un hospital o una Unidad de cuidados intensivos (ICU) dentro de un período de 180 días por el mismo Accidente cubierto o un Accidente cubierto relacionado se consideran una sola Estadía. Las Exclusiones comunes pueden variar para los residentes de AK, ID, LA, MN, NC, NM, SC, SD, VT y WA. El **Beneficio de tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección y atención preventiva** no está disponible para los residentes de ID. Para los residentes de WA, tiene el título Exámenes médicos de detección o atención preventiva. La fecha de entrada en vigor de la cobertura no se diferirá para los residentes de TX si están recibiendo quimioterapia o radioterapia, y el diferimiento debido a una incapacidad o actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) solo se aplica al Cónyuge. Para los residentes de ID, la fecha de entrada en vigor no se diferirá debido a la capacidad de realizar ADL. Los beneficios de Ambulancia terrestre o marítima/aérea pueden diferir para los residentes de CT. En TX y VT, la **Portabilidad** se denomina Continuación debido a la pérdida de la elegibilidad. Los residentes de VT no están sujetos al límite de edad para continuar la cobertura. Las condiciones de portabilidad pueden diferir para los residentes de AK, AR, CT, FL, ID, LA, ME, MD, MS, NH, NC, ND, SC, TX, VT, WA y WI. Los beneficios para pruebas y exámenes de detección de COVID-19 no están disponibles para los residentes de ID, OR y WA. La **Visita al consultorio del médico** siempre estará disponible para los residentes de AK, VT y WA. Los beneficios de Tratamiento de emergencia, examen de diagnóstico y ambulancia siempre estarán disponibles para los residentes de VT y WA. Los beneficios de **Estadía hospitalaria/estadía en la Unidad de cuidados intensivos** siempre estarán disponibles para los residentes de VT. Puede haber beneficios adicionales de **Estadía hospitalaria/estadía en la Unidad de cuidados intensivos** disponibles para los residentes de ID y NH. La definición de **Accidente cubierto** difiere para los residentes de AR, ID, NM, VT y WA. Es posible que los beneficios no estén disponibles o estén limitados para los residentes de NM. La definición de Lesión cubierta difiere para los residentes de NM. La definición de

Pérdida cubierta difiere para los residentes de NM y VT. La definición de Hospital difiere para los residentes de NH y VT. **Muerte o desmembramiento accidental:** Habrá un beneficio mínimo disponible de \$1,000 por la pérdida de un dedo de una mano o un dedo de un pie para los residentes de NH. El Beneficio deportivo no está disponible para los residentes de WA.

Serie 1.0

Los términos y las condiciones de la cobertura del Seguro por lesión accidental se establecen en la Póliza colectiva N.º AI112327. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Dirijase al Patrocinador de su plan para obtener una copia de la Póliza colectiva. 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 beneficios, las cláusulas, las afecciones cubiertas o las características pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia.

ESTA PÓLIZA PAGA SOLAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS. NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL Y NO CUBRE TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTA COBERTURA NO SATISFACE EL REQUISITO DE "COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA" NI EL REQUISITO DEL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ESTA COBERTURA NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICAID NI DE MEDICARE.

La disponibilidad de los productos puede variar según el lugar y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas colectivas de seguro pueden incluir exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos en virtud de los cuales la póliza puede continuar en vigor o interrumpirse. Una determinación adversa en cuanto a los beneficios deberá ser apelada ante Cigna como condición precedente antes de cualquier acción legal o equitativa que busque hacer cumplir los derechos en virtud de la Póliza o el plan, o cualquier otro recurso legal relacionado directa o indirectamente con la reclamación en virtud de la Póliza o el plan. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, consulte los documentos de su plan. Las pólizas son distribuidas exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation y son administradas y aseguradas por Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT). El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

958323SP © 2024 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.