

LA PÓLIZA BAJO LA CUAL SE EMITE ESTE CERTIFICADO NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. AL ADQUIRIR ESTA PÓLIZA, EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUScriptor DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES; Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUScriptor, EL EMPLEADO PIERDE LOS BENEFICIOS A LOS QUE TENDRÍA DERECHO DE OTRA MANERA SEGÚN LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES YA QUE PERTENECE A LOS NO SUScriptORES Y DEBE PRESENTAR Y PUBLICAR LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS.

Resumen de beneficios	Plan 1	Plan 2
Beneficios de la póliza de tratamiento para el cáncer	Level 1	Level 4
Radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia - Máximo por período de 12 meses	\$10,000	\$20,000
Terapia hormonal - Máximo de 12 tratamientos por año calendario	\$50 por tratamiento	\$50 por tratamiento
Tratamiento experimental	pagado de igual forma y bajo los mismos máximos que cualquier otro beneficio	
Beneficios de la cláusula de pruebas de detección de cáncer	Level 1	Level 1
Pruebas de diagnóstico - 1 prueba por año calendario	\$50 por prueba	\$50 por prueba
Pruebas de diagnóstico de seguimiento - 1 prueba por año calendario	\$100 por prueba	\$100 por prueba
Imágenes para diagnóstico médico - por año calendario	\$500 por prueba / 1 por año calendario	\$500 por prueba / 1 por año calendario
Beneficios de cláusula de primera ocurrencia de cáncer interno	Level 1	Level 4
Beneficio de suma total - Máximo 1 por persona con cobertura por vida	\$2,500	\$10,000
Suma total para hijos dependientes elegibles - Máximo 1 por persona con cobertura por vida	\$3,750	\$15,000

Total Monthly primas por plan**

Edades de emisión	Individual		Individual y cónyuge		Familia con 1 padre		Familia con 2 padres	
	Plan 1	Plan 2	Plan 1	Plan 2	Plan 1	Plan 2	Plan 1	Plan 2
18+	\$12.48	\$21.62	\$26.30	\$45.44	\$14.64	\$25.44	\$28.44	\$49.28

**La prima total incluye el Plan seleccionado y cualquier prima de cláusulas aplicables. Las primas están sujetas a aumento con notificación. La prima y el monto de los beneficios pueden variar, dependiendo del plan que haya elegido en el momento de la solicitud.

Los beneficios son solo pagaderos después de un diagnóstico de cáncer por una pérdida incurrida por el tratamiento para el cáncer mientras tenía cobertura según la póliza. Debe incurriarse en un cargo para que los beneficios sean pagaderos. Cuando la cobertura termina para una pérdida incurrida después de la fecha de terminación de cobertura, nuestra obligación de pagar beneficios también termina para una enfermedad específica que se manifestó mientras la persona estaba cubierta según la póliza. Todos los beneficios están sujetos a los máximos de beneficios.

Beneficios de tratamiento para el cáncer Elegibilidad

Usted y sus dependientes elegibles pueden estar cubiertos según este certificado si usted y sus dependientes elegibles cumplen con nuestras reglas de suscripción y usted está activo en el trabajo con el titular de la póliza y califica para la cobertura tal como se define en la solicitud maestra.

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios en ninguno de los siguientes casos: tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; o pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la persona con cobertura, independientemente del momento de diagnóstico de la enfermedad específica.

Solo pérdida por cáncer

La póliza paga solo por pérdida resultante de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Es necesario presentar pruebas para respaldar cada reclamación. La póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer. La póliza no cubre ninguna otra enfermedad, o discapacidad que existía antes del diagnóstico de cáncer, aunque después de contraer cáncer esta situación se haya complicado, agravado o visto afectada por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Exclusión de un problema de salud preexistente

No se pagan beneficios por ninguna pérdida incurrida durante el período de exclusión de problemas de salud preexistentes, después de la fecha de vigencia de la persona con cobertura, que resulte de un problema de salud preexistente. Los problemas de salud preexistentes que se mencionan o describen de manera específica como excluidas en cualquier parte de la póliza nunca reciben cobertura. Si algún cambio en la cobertura después de la fecha de entrada en vigencia del certificado causa un aumento o agregado a la cobertura, el límite de tiempo en ciertas defensas y exclusión de problemas de salud preexistentes para dicho aumento se basará en la fecha de entrada en vigencia de dicho aumento.

Período de espera

La póliza y las cláusulas anexas contienen un período de espera durante el cual no se pagarán beneficios. Si a una persona con cobertura se le diagnostica una enfermedad específica antes del final de período de espera inmediatamente después de la fecha de vigencia de la persona con cobertura, la cobertura para esa persona se aplicará solo a las pérdidas en las que se incurra después de un año desde la fecha de vigencia de la persona con cobertura. Si a una persona con cobertura se le diagnostica una enfermedad específica durante el período de espera inmediatamente después de la fecha de vigencia de la persona con cobertura, usted podrá elegir anular el certificado desde el comienzo y recibir un reembolso completo de la prima.

Si la póliza reemplazó a una cobertura grupal de enfermedad específica para cáncer de otra compañía que terminó dentro de los 30 días de la fecha de vigencia del certificado, quedarán eximidas del período de espera aquellas personas con cobertura que estaban cubiertas según la cobertura anterior. No obstante, la disposición sobre exclusión de problemas de salud preexistentes todavía será aplicable.

Terminación del certificado

La cobertura del seguro conforme al certificado y cualquier cláusula anexa terminará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en que termine la póliza; la finalización del período de gracia si la prima permanece impaga; la fecha en que haya cesado el seguro para todas las personas cubiertas según este certificado; la finalización del mes del certificado en que el titular de la póliza solicite terminar la cobertura; la fecha en que usted ya no califique como asegurado; o la fecha de su muerte.

Terminación de la cobertura

La cobertura del seguro para una persona con cobertura según el certificado y cualquier cláusula anexa finalizará de la siguiente forma: la fecha en que termine la póliza; la fecha en que termine el certificado; la finalización del período de gracia si la prima permanece impaga; la finalización del mes del certificado en el que el titular de la póliza solicite terminar la cobertura para un dependiente elegible; la fecha en que una persona con cobertura ya no califique como asegurado o como dependiente elegible; o la fecha de la muerte de la persona cubierta.

Podemos finalizar la cobertura de cualquier persona asegurada que presente una reclamación fraudulenta.

Beneficios de pruebas de detección de cáncer

Limitaciones y exclusiones

No se pagarán beneficios en ninguno de los siguientes casos: tratamiento por cualquier programa de investigación que no cumpla con la definición de tratamiento experimental; pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia de la persona con cobertura en esta cláusula; o pérdida incurrida durante el período de exclusión de problemas de salud preexistentes después de la fecha de vigencia de la persona con cobertura en esta cláusula como resultado de un problema de salud preexistente. Para los fines de beneficios según esta cláusula, el período de espera comenzará en la fecha de vigencia de esta cláusula para la persona con cobertura.

Terminación de Pruebas de detección de cáncer de beneficios

La(s) cláusula(s) listada(s) anteriormente terminará(n) y la cobertura finalizará para todas las personas cubiertas en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: la finalización del período de gracia si la prima para la cláusula permanece impaga; la fecha de finalización de la póliza o el certificado al que está anexa la cláusula; la finalización del mes del certificado en el que APL reciba una solicitud del titular de la póliza para terminar la cláusula; o la fecha de su muerte. La cobertura de un dependiente elegible finaliza según la cláusula cuando esta persona deja de cumplir con la definición de dependiente elegible.

Beneficios de primera ocurrencia de cáncer interno

Paga un monto de beneficio de suma total cuando una persona con cobertura recibe un primer diagnóstico de cáncer interno y la fecha de diagnóstico es posterior al período de espera. Solo un beneficio por persona con cobertura, de por vida es pagadero según este beneficio y el monto del beneficio de suma total se reducirá en un 50% a los 70 años de edad.

Limitaciones y exclusiones

No pagaremos beneficios por un diagnóstico de cáncer interno recibido fuera de los límites territoriales de Estados Unidos o metástasis a un nuevo sitio de cualquier cáncer diagnosticado antes de la fecha de entrada en vigencia de la persona con cobertura, ya que esto no se considera un primer diagnóstico de cáncer interno.

Exclusión de un problema de salud preexistente

No se pagan beneficios por ninguna pérdida incurrida durante el período de exclusión de problemas de salud preexistentes que sigue a la fecha de vigencia de esta cláusula para la persona con cobertura, que resulte por un problema de salud preexistente.

Período de espera

Esta cláusula contiene un período de espera de 30 días durante el cual no se pagarán beneficios. Si se diagnostica cáncer interno antes del final del período de espera inmediatamente después de la fecha de vigencia de esta cláusula para la persona con cobertura, la cobertura se aplicará solo a las pérdidas en las que se incurra después de un año desde la fecha de vigencia de esta cláusula para la persona con cobertura.

Terminación

Esta cláusula terminará y la cobertura finalizará para todas las personas cubiertas en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: la finalización del período de gracia si la prima para esta cláusula permanece impaga; la fecha de finalización de la póliza o el certificado al que está anexa esta cláusula; la finalización del mes del certificado en el que

recibamos una solicitud del titular de la póliza para terminar esta cláusula; la fecha de la muerte de la persona cubierta o la fecha en que se haya pagado el monto de beneficio de suma total para cáncer interno para todas las personas con cobertura según esta cláusula. La cobertura de un dependiente elegible finaliza según esta cláusula cuando esta persona deja de cumplir con la definición de dependiente elegible.

Renovable de manera opcional

Esta póliza/cláusulas se pueden renovar opcionalmente. El titular de la póliza o nosotros tenemos el derecho de finalizar la póliza/cláusulas en la fecha de vencimiento de cualquier prima después de la fecha del primer aniversario de entrada en vigencia de la póliza/cláusulas. Debemos entregar un aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación al titular de la póliza antes de la cancelación.

Portabilidad (planes voluntarios solamente)

Cuando usted ya no cumple con la definición de Asegurado, tendrá la opción de continuar esta cobertura, incluyendo toda cláusula anexa. No se requerirá evidencia de asegurabilidad. La portabilidad debe cumplir con todas las condiciones siguientes: el certificado ha estado continuamente en vigencia por los últimos 12 meses; nosotros recibimos una solicitud y pago de la primera prima para la cobertura de portabilidad no más de 30 días después de la fecha en que usted ya no califica como asegurado elegible; y la póliza, según la cual se emitió este certificado, continúa en vigencia en la fecha en que usted deja de calificar para cobertura. Todas las primas futuras pagaderas se le facturarán directamente a usted. Usted es responsable del pago de todas las primas para la cobertura de portabilidad.

Los beneficios, términos y condiciones de la cobertura de portabilidad serán los mismos que los elegidos según el certificado inmediatamente antes de la fecha en que usted ejerza la portabilidad. La cobertura de portabilidad puede incluir todo dependiente elegible que estaba cubierto según el certificado en el momento en que usted dejó de calificar como asegurado elegible. No podrá agregarse ningún nuevo dependiente elegible a la cobertura de portabilidad excepto según se establece en la disposición sobre Hijos recién nacidos y adoptados. No se permitirá ningún aumento en la cobertura mientras usted esté ejerciendo sus derechos según esta cláusula. La prima para la cobertura de portabilidad será según las tablas de primas usadas para tal cobertura al momento de la solicitud de portabilidad.

La cobertura según esta cláusula terminará según las disposiciones de la Terminación de la cobertura en el certificado. Si la póliza ya no está en vigencia, entonces no está disponible la cobertura de portabilidad.



2305 Lakeland Drive | Flowood, MS 39232
ampublic.com | 800.256.8606

Protegido por American Public Life Insurance Company. Esta es una descripción breve de la cobertura. Para conocer los detalles de beneficios, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones, favor de consultar la póliza y las cláusulas. Esta cobertura no es un reemplazo del seguro de compensación de los trabajadores. **Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.** | Esta póliza se considera un plan de beneficios para el bienestar de los empleados, establecido y mantenido por una asociación o un patrón cuya intención es tener cobertura de ERISA, y se administrada y cumplirá de conformidad con ERISA. Las pólizas grupales emitidas para entidades gubernamentales y municipios, pueden estar exentas de las directrices de ERISA. | Formulario de póliza serie GC14 | TX | Seguro grupal de indemnización por enfermedad específica de cáncer con beneficios limitados | (10/16)