

# GC3 Seguro grupal especificado de indemnización por cáncer de beneficios limitados

## Grapevine-Colleyville ISD

LA PÓLIZA DE SEGURO BAJO LA CUAL SE EMITE ESTE CERTIFICADO NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. DEBERÍA CONSULTAR CON SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI SU EMPLEADOR ES UN SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

RESUMEN DE BENEFICIOS		
Beneficios	Low Plan	High Plan
Beneficio de terapia de radiación/ quimioterapia/inmunoterapia	\$500 por mes calendario de tratamiento	\$1,500 por mes calendario de tratamiento
Beneficio de tratamiento de hormonas	\$50 por tratamiento, hasta 12 por año calendario	\$50 por tratamiento, hasta 12 por año calendario
Beneficio de programa quirúrgico	\$1,600 máximo por operación; \$15 por unidad quirúrgica	\$4,800 máximo por operación; \$45 por unidad quirúrgica
Beneficio de anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta	25% del monto pagado por cirugía cubierta
Beneficio de internamiento en hospital	\$100 por día, de 1 a 90 días; \$100 por día, 91 días o más en lugar de otros beneficios	\$300 por día, de 1 a 90 días; \$300 por día, 91 días o más en lugar de otros beneficios
Gobierno de EE. UU./Hospital de Caridad/HMO	\$100 por día en lugar de la mayoría de los demás beneficios	\$300 por día en lugar de la mayoría de los demás beneficios
Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria	\$200 por día de cirugía	\$600 por día de cirugía
Medicamentos y beneficio de medicinas - paciente hospitalizado	\$150 por internación	\$150 por internación
Medicamentos y beneficio de medicinas - paciente ambulatorio	\$50 por receta, hasta \$50 por mes calendario	\$50 por receta, hasta \$150 por mes calendario
Beneficio de transporte y alojamiento como paciente ambulatorio	\$0.40 por milla por viaje redondo \$50 por día hasta 50 días por año calendario	\$0.40 por milla por viaje redondo \$50 por día hasta 50 días por año calendario
Beneficio de transporte y alojamiento para un familiar	\$0.40 por milla por viaje redondo \$50 por día hasta 50 días por año calendario	\$0.40 por milla por viaje redondo \$50 por día hasta 50 días por año calendario
Beneficio de sangre, plasma y plaquetas	\$150 por día, hasta \$7,500 por año calendario	\$250 por día, hasta \$12,500 por año calendario
Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre	Autólogo - \$500 por año calendario No autólogo - \$1,500 por año calendario	Autólogo - \$1,500 por año calendario No autólogo - \$4,500 por año calendario
Beneficio de tratamiento experimental	Se paga como cualquier beneficio no experimental	Se paga como cualquier beneficio no experimental
Beneficio de médico que atiende	\$30 por día de internamiento	\$50 por día de internamiento
Beneficio de prótesis de implante quirúrgico	\$1,000 por dispositivo, incluye tarifa quirúrgica: máximo 1 dispositivo por sitio, 2 máximo de por vida	\$3,000 por dispositivo, incluye tarifa quirúrgica: máximo 1 dispositivo por sitio, 2 máximo de por vida
Beneficio de prótesis de cabello	\$50 por prótesis de cabello; 2 máximo de por vida	\$50 por prótesis de cabello; 2 máximo de por vida
Beneficio de enfermedad aterradora	\$100 por día, 1 a 90 días de internamiento en un hospital	\$300 por día, 1 a 90 días de internamiento en un hospital
Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos	\$50 por día, \$9,000 máximo de por vida	\$100 por día, \$18,000 máximo de por vida
Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado	\$150 por día de internamiento	\$150 por día de internamiento
Beneficio de ambulancia terrestre	\$200 por viaje terrestre	\$200 por viaje terrestre
Beneficio de ambulancia aérea	\$2,000 por viaje aéreo; hasta 2 viajes por internamiento en hospital (cualquier combinación de tierra/aire)	\$2,000 por viaje aéreo; hasta 2 viajes por internamiento en hospital (cualquier combinación de tierra/aire)
Beneficio de cuidado extendido	\$100 por día	\$300 por día
Beneficio de cuidado de salud en casa	\$100 por día	\$300 por día
Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica	\$300 por diagnóstico; \$300 adicionales si hay una tercera opinión	\$300 por diagnóstico; \$300 adicionales si hay una tercera opinión
Exención de prima	Prima desistida después de 90 días de discapacidad total continua del asegurado primario debida al cáncer	Prima desistida después de 90 días de discapacidad total continua del asegurado primario debida al cáncer
Beneficio de terapia física/del habla	\$25 por consulta; hasta 4 consultas por mes calendario, \$1,000 máximo de por vida	\$25 por consulta; hasta 4 consultas por mes calendario, \$1,000 máximo de por vida
<b>CLÁUSULAS</b>		
Cláusula de beneficios para pruebas de diagnóstico de salud	\$50; 1 prueba por persona, por año calendario	\$50; 1 prueba por persona, por año calendario
Cláusula de enfermedad crítica: Ataque cardíaco/derrame cerebral	\$2,500 beneficio de suma total; una vez en la vida por persona con cobertura	\$2,500 beneficio de suma total; una vez en la vida por persona con cobertura
<b>Cláusula de beneficio opcional</b>		
Cláusula de unidad de cuidados intensivos (UCI) en el hospital	\$600 hasta un máximo de 30 días por internación	\$600 hasta un máximo de 30 días por internación

# GC3 Seguro grupal especificado de indemnización por cáncer de beneficios limitados

Mensual prima*	Low Plan	Low Plan + Cláusula de unidad de cuidados intensivos (UCI)	High Plan	High Plan + Cláusula de unidad de cuidados intensivos (UCI)
Individual	\$13.80	\$17.10	\$29.90	\$33.20
Un padre	\$19.10	\$23.60	\$40.90	\$45.40
Dos padres	\$24.30	\$31.20	\$51.90	\$58.80

\*La prima y el monto de los beneficios proporcionados varían dependiendo del nivel y cualquier prima de cláusula elegida en el momento de la solicitud.

## Elegibilidad

Esta póliza/certificado se emitirá únicamente a las personas que cumplan con los requisitos de capacidad de aseguramiento de American Public Life Insurance Company. La póliza/certificado y la cobertura para cáncer interno según la cláusula de enfermedad crítica no se emitirán a nadie que haya sido diagnosticado o tratado para cáncer en los diez años anteriores. La cobertura para ataque cardíaco o accidente cerebrovascular según la cláusula de enfermedad crítica no se emitirá a nadie que haya sido diagnosticado o tratado para condiciones cardíacas o cerebrovasculares. La cláusula de unidad de cuidados intensivos del hospital no cubrirá los problemas cardíacos por un período de dos años después de la fecha de vigencia de la cobertura para cualquiera que haya sido diagnosticado o tratado por cualquier problema relacionado con el corazón antes del día 30 después de la fecha de vigencia de la cobertura de la persona cubierta.

Si usted trabaja bajo contrato o como empleado de tiempo completo para el titular de la póliza o si usted es miembro o es empleado por la asociación, usted es elegible para el seguro, siempre y cuando califique para la cobertura tal como se define en la solicitud maestra. Usted debe hacer la solicitud del seguro a menos de treinta (30) días de la fecha de vigencia de la póliza o de la fecha en que resulte elegible para la cobertura. Si no hace la solicitud a menos de treinta (30) días de la fecha de vigencia de la póliza o de la fecha en que quede elegible para la cobertura, podría ser sujeto a una emisión adicional de parte nuestra.

## Póliza básica

Todos los diagnósticos de cáncer deben ser diagnosticados positivamente por un médico con licencia legal o un certificado de medicina del American Board of Pathology (Consejo americano de patología) o el American Board of Osteopathic Pathology (Consejo americano de patología osteopática). Esta póliza/certificado paga solamente la pérdida que es resultado de un tratamiento de cáncer definitivo que incluye extensión directa, propagación metastásica o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. Esta póliza/certificado también cubre otros problemas o enfermedades provocados directamente por el cáncer o el tratamiento del cáncer.

No se pagan beneficios por cualquier persona cubierta por cualquier pérdida incurrida durante el primer año de esta póliza/certificado, como resultado de un problema preexistente. Un problema preexistente es cáncer o una enfermedad aterradora para la cual, al menos 12 meses antes de la fecha de vigencia de la persona cubierta, un miembro de la profesión médica recomiende o brinde consejo médico, consulta de tratamiento, incluidos medicamentos recetados, o para el cual los síntomas se manifiesten de tal manera que provocarían que una persona ordinariamente prudente buscara diagnóstico, consejo médico o tratamiento. Los problemas preexistentes nombrados o descritos específicamente tal como se excluyen en alguna parte de este contrato nunca están cubiertos. Esta póliza/certificado contiene un período de espera de 30 días durante el cual no se pagarán beneficios según esta póliza/certificado. Si a alguna persona cubierta se le diagnostica cáncer o una enfermedad aterradora antes de que termine el período de 30 días inmediatamente después de la fecha de vigencia de la persona cubierta, la cobertura para esa persona se aplicará solamente a la pérdida que se incurra después de un año de la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona. Si a alguna persona con cobertura se le diagnostica que tiene una enfermedad especificada durante el período de 30 días inmediatamente después de la fecha de vigencia, usted puede elegir anular la póliza/certificado desde el principio y recibir un reembolso total de la prima. Todos los beneficios son pagaderos únicamente hasta el monto máximo señalado en el programa de beneficios en la póliza/certificado.

Un hospital no es una institución o parte de la misma que se utilice como: una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; una casa de convalecencia; una instalación de descanso o de enfermería, una instalación de rehabilitación; una instalación de cuidados extendidos; una instalación de enfermería especializada; o una instalación que permite principalmente custodia, cuidado educativo o cuidado o tratamiento para personas que sufran de enfermedades o trastornos mentales, o cuidado para los ancianos, o adicción al alcohol o las drogas.

## Cláusula de beneficios para pruebas de diagnóstico de salud

Pagaremos el monto de indemnización para una prueba de valoración de cáncer interno generalmente reconocida a nivel médico por persona cubierta por año calendario. La prueba de valoración incluye, entre otras: mamografía, ultrasonido de seno; termografía de seno; prueba de sangre para cáncer de seno (CA15-3); prueba de sangre para cáncer de colon (CEA); prueba de sangre del antígeno específico de la próstata (PSA); sigmoidoscopia flexible; colonoscopia; colonoscopia virtual; prueba de sangre de cáncer de ovario (CA-125); prueba de Papanicolaou (se requiere prueba de laboratorio); radiografía de pecho; muestra de excremento para hemocultivo; electrofóresis de proteína de suero (prueba de sangre para mieloma); prueba de Papanicolaou de gota fina. Las pruebas de valoración pagaderas según este beneficio solamente se pagarán con este beneficio. Solo se pagarán para las pruebas realizadas después del período de 30 días luego de la fecha de vigencia de la cobertura de la persona cubierta.

## Cláusula de enfermedad crítica

Los beneficios solamente se pagarán por una enfermedad crítica cubierta tal como se muestra en la página del programa de la póliza/certificado en la póliza. No se brindarán beneficios por cualquier pérdida ocasionada o que sea resultado de: lesión corporal autoinfligida intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea en su sano juicio o fuera de este; o adicción al alcohol o a las drogas; o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada; o cualquier acto relacionado con la guerra; o servicio militar para cualquier país en guerra; o un problema preexistente; o una enfermedad crítica cubierta cuando la fecha del diagnóstico ocurra durante el período de espera, si corresponde; o la participación en cualquier actividad o evento al estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que lo administre un médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del médico; o participar, o tratar de participar en un delito grave, un disturbio o una insurrección (un delito grave es tal como lo define la ley de la jurisdicción en la cual ocurre la actividad). El cáncer interno no incluye: otros problemas que se podrían considerar pre-cancerosos o que tengan un potencial maligno tales como: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida); o queratosis actínica; o trastornos mielodisplásico y mieloproliferativo no maligno; o anemia aplásica; o atapia; o una gamopatía monoclonal no maligna; o leucoplaquia; o hiperplasia; o carcinoma; o policitemia; o carcinoma in situ u otro cáncer de piel que no sea melanoma maligno invasivo en la dermis o a más profundidad. Para un problema preexistente no se pagan beneficios.

## Cláusula de la unidad de cuidados intensivos en el hospital

No se brindarán beneficios durante los primeros dos años de esta cláusula para el internamiento en una unidad de cuidados intensivos de un hospital ocasionado por algún problema cardíaco cuando se haya diagnosticado o tratado algún problema cardíaco antes del día 30 después de la fecha de vigencia de esta cláusula para la persona cubierta. El problema cardíaco que causa la internación no necesariamente tiene que ser el mismo problema diagnosticado o tratado antes de la fecha de entrada en vigencia. No se brindarán beneficios si la pérdida es resultado de: intento de suicidio, ya sea en su sano juicio o fuera de este; o lesión autoinfligida intencional; o adicción al alcohol o las drogas; o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o cualquier acto relacionado con la guerra; o servicio militar para cualquier país que esté en guerra. No se pagarán beneficios para los internamientos en unidades tales como: salas de recuperación quirúrgica, atención progresiva, unidades para quemados, cuidados intermedios, salas privadas vigiladas, unidades de observación, unidades de telemetría o unidades psiquiátricas que no involucren cuidados médicos intensivos; u otras instalaciones que no cumplan con las normas de una unidad de cuidados intensivos tal como se define en la cláusula. Para un niño recién nacido dentro del período de diez meses después de la fecha de vigencia de esta cláusula, no se brindarán beneficios para un internamiento en una unidad de cuidados intensivos de hospital que comience en los primeros 30 días después del nacimiento de dicho hijo.

# GC3 Seguro grupal especificado de indemnización por cáncer de beneficios limitados

## Renovable condicionalmente

Esta póliza/certificado es renovable condicionalmente. Significa que tenemos el derecho de finalizar la póliza o certificado de cualquier prima vencida después de la fecha de contratación de la póliza del titular de la póliza. Debemos entregar un aviso por escrito con 60 días de anticipación al titular de la póliza antes de la cancelación. No podemos cambiar su cobertura debido a un cambio en su edad o salud. Sin embargo, podemos cambiar sus primas si cambiamos las primas para todos los certificados similares emitidos al titular de la póliza. Debemos darle un aviso por escrito al titular de la póliza de por lo menos 60 días de anticipación antes de poder cambiar sus primas.

## Cláusula de continuación

### Continuación

La cobertura es continua cuando el asegurado (usted) deja el empleo con el empleador a través del cual originalmente quedó asegurado según la póliza. Usted tendrá la opción de continuar este certificado (incluyendo cualquier cláusula, si corresponde) pagando las primas directamente a nosotros en nuestras oficinas principales. Las primas se deben pagar en un plazo de treinta y un (31) días después de que termine el empleo con su empleador. Las tarifas de la prima requeridas según esta disposición de continuación serán las mismas que las que se cobraron según la póliza del empleador como si tuviera empleo continuo. Le facturaremos estas primas después de que nos notifique que continúa con esta cobertura. La cobertura continuará hasta que ocurra lo primero de lo siguiente: (1) termina la póliza bajo la cual usted quedó asegurado originalmente; o (2) deja de pagar primas según esta opción (sujeto a los términos del período de gracia).

## Conversión

Si se termina la póliza, o usted deja de trabajar con la unidad suscriptor o el titular de la póliza, este certificado terminará. Si su cobertura según este certificado termina y dicha terminación no se debe a la falta de pago de la prima requerida, usted tendrá derecho a pasar a una póliza de seguro individual emitida por nosotros sin evidencia de asegurabilidad siempre que usted nos lo notifique por escrito dentro de un plazo de treinta y un (31) días. Las primas se calcularán con la tabla de tarifas de primas vigente a la fecha de la conversión.

Sujeto a los términos de esta disposición, un hijo cubierto que deje de ser elegible puede realizar la conversión a una póliza de seguro individual, y un cónyuge cubierto que deje de ser elegible para la cobertura debido a un divorcio o anulación puede realizar la conversión a una póliza individual.

Los términos de esta disposición incluyen: (1) la solicitud para la póliza individual y el pago de la primera prima se deben hacer antes de 60 días después de que termine la cobertura según la póliza/certificado. Las primas se calcularán con la tabla de tarifas de primas vigente a la fecha de la conversión. (2) la póliza individual se emitirá sin un comprobante de capacidad de aseguramiento. Brindará beneficios que se aproximen lo más posible a los de la póliza/certificado. (3) la póliza individual tendrá vigencia el día después de que termine la cobertura según la póliza/certificado. Sin embargo, no habrá beneficios pagaderos según la póliza individual por cualquier pérdida para la cual los beneficios sean pagaderos según la póliza/certificado. (4) Las disposiciones de limitación de problema preexistente e incontestabilidad para la póliza individual se calcularán con la fecha de vigencia de cobertura de la persona cubierta según la póliza/certificado. (5) todo máximo de beneficios se calculará a partir de la fecha de vigencia de la póliza/certificado.

Esta cláusula está sujeta a todas las disposiciones de la póliza y el certificado al cual se anexe, que no esté en conflicto con esta cláusula.

## Terminación de la cobertura

La cobertura de su seguro terminará en la fecha que ocurra primero de las siguientes: (a) la fecha en que ya no califique como asegurado; (b) el último día del período para el cual se haya pagado una prima, sujeto al período de gracia; (c) la fecha en que termine la póliza (vea la disposición de conversión); (d) la fecha en que se jubile; (e) la fecha en que deje el empleo con la unidad suscriptor o el titular de la póliza (vea la disposición de conversión); o (f) la fecha en que recibamos su solicitud por escrito de terminación. La terminación de cobertura del seguro de dependientes sobre sus dependientes terminará en la que ocurra primero de estas fechas: (a) la fecha en que termine la cobertura según el certificado; (b) la fecha en que el dependiente ya no cumpla con la definición de dependiente, tal como se define en la póliza/certificado (vea la disposición de conversión); (c) la fecha en que recibamos su solicitud por escrito de terminación.

## Terminación de la cobertura de la cláusula

Esta cláusula termina: (a) cuando su cobertura termina según la póliza/certificado a la cual se anexa esta cláusula; o (b) cuando alguna prima para esta cláusula no se pague antes de que termine el período de gracia; o (c) cuando usted nos entregue una solicitud por escrito para hacerlo. La cobertura de un dependiente termina según esta cláusula cuando dicha persona deja de cumplir con la definición de dependiente, tal como se define en la póliza.



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, consulte 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 administra 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 GC-3 | Texas | Póliza de seguro grupal de indemnización por cáncer de beneficio limitado | FBS | (05/19) | Grapevine-Colleyville ISD