

GC14

Seguro grupal de indemnización por cáncer por enfermedad específica de beneficios limitados para empleados de Prosper 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	Plan 1
Beneficios de la póliza de tratamiento para el cáncer	Level 4
Radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia - Máximo por período de 12 meses	\$20,000
Terapia hormonal - Máximo de 12 tratamientos por año calendario	\$50 por tratamiento
Tratamiento experimental	pagado de igual forma y bajo los mismos máximos que cualquier otro beneficio
Beneficios de la cláusula quirúrgicos	Level 2
Quirúrgico	\$30 unidad de monto en dólares Máx \$3,000 por operación
Anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta
Trasplante de médula ósea - Máximo en toda la vida	\$6,000
Trasplante de células madre - Máximo en toda la vida	\$600
Prótesis - Implante quirúrgico/no quirúrgico (no peluquín) 1 dispositivo por sitio, por vida	\$1,000 / \$100
Beneficios de cláusula de primera ocurrencia de cáncer interno	Level 2
Beneficio de suma total - Máximo 1 por persona con cobertura por vida	\$5,000
Suma total para hijos dependientes elegibles - Máximo 1 por persona con cobertura por vida	\$7,500
Beneficios de la cláusula de la unidad de cuidados intensivos en el hospital	
Unidad de cuidados intensivos	\$600 por día
Unidad de cuidados intermedios - 45 días por internación en el hospital como máximo para cualquier combinación de Unidad de cuidados intensivos o Unidad de cuidados intermedios	\$300 por día

Total Mensual Premiums by Plan**

Edades de emisión	Individual	Individual y cónyuge	Familia con 1 padre	Familia con 2 padres
18 +	\$21.88	\$35.50	\$27.24	\$37.96

**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 incurrirse 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. Una persona con cobertura es una persona elegible para recibir cobertura según el certificado y para quien la cobertura está vigente. Un dependiente elegible significa su cónyuge legal; su hijo biológico, adoptado o hijastro menor de 26 años; y/o cualquier niño menor de 26 años que esté a su cargo, cuidado y control, y quien haya sido colocado en su hogar para adopción, o por quien usted está participando como parte interesada en un juicio para obtener la adopción del niño; o cualquier niño menor de 26 años a quien usted debe brindar apoyo médico según una orden emitida conforme al Capítulo 154 del Código de Familia de Texas, o exigible por un tribunal en Texas; o nietos menores de 26 años si son sus dependientes para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se realiza la solicitud para la cobertura del nieto.

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, la incontestabilidad y exclusión de problemas de salud preexistentes para dicho aumento se basarán en la fecha de entrada en vigencia de dicho aumento.

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 quirúrgicos

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 independientemente de la fecha de diagnóstico de la enfermedad específica; 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.

Pruebas de detección de Quirúrgico Cláusula 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. 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.

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.

Beneficios de la unidad de cuidados intensivos en el hospital

Paga un monto de beneficio diario, hasta la cantidad máxima de días para cualquier combinación de internación en un hospital, por cada día en que se incurran gastos por habitación y alimentos en una unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios debido a un accidente o enfermedad. Los beneficios se pagarán a partir del primer día de internación de una persona con cobertura en una unidad de cuidados intensivos o una unidad de cuidados intermedios debido a un accidente o enfermedad que comience después de la fecha de entrada en vigencia de esta cláusula. Este beneficio se reducirá en un 50% a los 70 años de edad.

Limitaciones y exclusiones

APSB-22339(TX)(SP)-0320 FBS Prosper USD

Para un recién nacido dentro del período de 10 meses después de la fecha de entrada en vigencia, no se brindarán beneficios según esta cláusula para internaciones en el hospital que comiencen dentro de los 30 días después del nacimiento del niño. No se brindarán beneficios según esta cláusula durante los primeros dos años después de la fecha de entrada en vigencia para las internaciones hospitalarias causadas por un problema cardíaco cuando se haya diagnosticado o tratado cualquier problema cardíaco antes de la finalización del período de 30 días después de la entrada en vigencia de la persona con cobertura. 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 pagaremos beneficios por ninguna pérdida causada por cualquiera de las siguientes situaciones o que resulte de ellas: lesión corporal autoinfligida de manera intencional, suicidio o intento de suicidio, ya sea en su juicio o fuera de su juicio; alcoholismo o adicción a las drogas; cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto relacionado con la guerra, o servicio activo en las fuerzas armadas, o servicio militar para cualquier país en guerra (si la cobertura se suspende para cualquier persona con cobertura durante un período de servicio militar, reembolsaremos la parte proporcional de toda prima paga para tal persona cubierta después de recibir una solicitud por escrito del titular de la póliza); participación en cualquier actividad o evento mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un médico o tomado según las instrucciones del médico; participación, o intento de participación, en un delito grave, disturbio o insurrección (un delito grave se define según la legislación de la jurisdicción en la que se realiza la actividad).

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; o la fecha de la muerte de la persona cubierta. 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.

Cláusula de portabilidad

Cuando la cláusula de portabilidad está en vigencia y la cobertura no se continúa de conformidad con COBRA, usted tiene la opción de transferir su cobertura cuando la póliza haya finalizado por un motivo distinto a la falta de pago de la prima o la cancelación o finalización de la póliza por parte de APL. No se requerirá evidencia de asegurabilidad. Usted debe elegir transferir la cobertura y enviar la primera prima pagadera dentro de los 31 días desde la fecha en que APL notificó al titular de la póliza sobre su finalización de la cobertura. Todas las primas futuras se le facturarán directamente a usted. La cobertura de portabilidad entrará en vigencia el día después de que finalice la cobertura según la póliza y todo periodo de exclusión o periodo de incontestabilidad correspondiente que todavía no se haya cumplido según la póliza actual, solo será aplicable durante el periodo de tiempo restante.

Los beneficios, términos y condiciones de la cobertura transferida serán los mismos que los de la póliza inmediatamente antes de la fecha en que se ejerza la opción de portabilidad, a excepción de lo que se declara en este párrafo. Una vez que la cobertura transferida esté en vigencia, la finalización de la sección de cobertura transferida, tal como se muestra en la cláusula de portabilidad, prevalece sobre todas las demás disposiciones de finalización de la póliza, certificado y cualquier cláusula anexa. No es posible aumentar o disminuir los niveles de cobertura. La cobertura transferida puede incluir a todo dependiente elegible que estaba cubierto según la póliza en el momento de finalización. No podrá agregarse ningún nuevo dependiente elegible a la cobertura transferida excepto según se establece en la disposición sobre hijos recién nacidos y adoptados que aparece en su certificado. Un dependiente elegible puede eliminarse en cualquier momento. Las primas se ajustarán en consecuencia.

La finalización de la póliza no finalizará la cobertura transferida. Los beneficios, términos y condiciones de la cobertura transferida serán los mismos que si la póliza grupal hubiese permanecido en plena vigencia, sin ninguna otra obligación por parte del titular de la póliza. Toda prima cobrada después de la fecha de finalización será reembolsada a la brevedad. Esto no afectará ninguna reclamación originada antes de la fecha de finalización.

Continuidad de cobertura

Podrá gozar de la continuidad de cobertura si se cumplen todas las siguientes condiciones: usted estaba asegurado por la aseguradora de grupo anterior del titular de la póliza con un plan de cobertura similar, usted tenía cobertura en la fecha de finalización de la cobertura anterior del titular de la póliza, usted eligió la cobertura según esta póliza y la fecha de finalización de la cobertura anterior del titular de la póliza y la fecha de entrada en vigencia de esta póliza son simultáneas. La misma continuidad de cobertura aplicará a sus dependientes elegibles si estaban asegurados por la aseguradora de grupo anterior del titular de la póliza.

La continuidad de la cobertura será administrada de la siguiente manera: si usted no estaba sujeto a una limitación por un problema de salud preexistente, o ya había cumplido con dicha limitación con la aseguradora de grupo anterior, no se aplicará una limitación por problema de salud preexistente en esta póliza. Si usted no era elegible para beneficios según el plan de la aseguradora de grupo anterior de cobertura similar debido a una limitación por un problema de salud preexistente, usted no es elegible para beneficios según esta póliza hasta el momento en que haya cumplido con el periodo de exclusión por problema de salud preexistente descrito en esta póliza. Se dará crédito por cualquier parte de tiempo cumplido con la aseguradora de grupo anterior de su empleador siempre que usted haya reemplazado esa cobertura con nosotros en la fecha de entrada en vigencia.

No se le exigirá cumplir con los criterios de elegibilidad que incluyen trabajar activamente ni cumplir con los criterios de elegibilidad para el beneficio según se define en la solicitud maestra. Todo cambio a su cobertura después de la fecha de entrada en vigencia de esta póliza estará sujeto a las disposiciones sobre elegibilidad de esta póliza. Es posible que solicitemos prueba de cobertura para determinar si cada persona que debe ser asegurada es elegible para la continuidad de cobertura.



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 estar cubierto por ERISA, y será administrada y se 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 cáncer por enfermedad específica de beneficios limitados | (03/20) | FBS