



Ofrecido por Life Insurance Company of North America, una compañía de Cigna

Pagado por el empleado

# COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ATENCIÓN HOSPITALARIA

## RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: Burleson ISD

La cobertura de Indemnización por atención hospitalaria brinda un beneficio conforme al programa incluido a continuación cuando una Persona cubierta incurre en una estadía en el Hospital a causa de una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. *Vea a continuación las variaciones según el estado (marcadas con un \*).*

### Quién puede elegir cobertura:

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

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes que coincida con la fecha de contratación o posterior a dicha fecha.

**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:

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.

**Período de espera de beneficios:\*** Ninguno, a menos que se indique lo contrario. No se pagarán beneficios por una pérdida que se produzca durante el Período de espera de beneficios.

| Beneficios de hospitalización   | Plan 1                        | Plan 2                        |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Admisión hospitalaria</b><br>Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 365 días.  | \$1,500                       | \$2,500                       |
| <b>Admisión hospitalaria por afección crónica</b><br>Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 90 días.  | \$50                          | \$100                         |
| <b>Estadía hospitalaria</b><br>Sin período de espera. Límite de 30 días.  | \$100                         | \$200                         |
| <b>Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital</b><br>Sin período de espera. Límite de 30 días.  | \$150                         | \$250                         |
| <b>Estadía en el Hospital para observación</b><br>Período de espera de 24 horas. Límite de 72 horas.  | \$100 por período de 24 horas | \$200 por período de 24 horas |
| <b>Admisión para atención en una sala de recién nacidos</b><br>Límite de 1 día, 1 beneficio por hijo recién nacido. Este beneficio se paga al empleado aunque no se haya elegido la cobertura para hijos.   | \$250                         | \$500                         |
| <b>Estadía para atención en una sala de recién nacidos*</b><br>Límite de 30 días, 1 beneficio por hijo recién nacido. Este beneficio se paga al empleado aunque no se haya elegido la cobertura para hijos. | \$100                         | \$200                         |

**Característica de portabilidad:**\* Usted, su cónyuge e hijo(s) pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben haber estado cubiertos por la póliza y 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.

### Costo mensual de la cobertura del empleado:

| Nivel                     | Plan 1  | Plan 2  |
|---------------------------|---------|---------|
| Empleado únicamente       | \$18.31 | \$36.63 |
| Empleado y cónyuge        | \$37.39 | \$74.78 |
| Empleado e hijo(s)        | \$26.24 | \$52.47 |
| Empleado y grupo familiar | \$41.82 | \$83.63 |

*Los costos están sujetos a cambio. Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.*

**NOTA:** A continuación, se detallan algunos de los términos, disposiciones y condiciones importantes de la póliza que se aplican a los beneficios descritos en la póliza. No es una lista completa. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

**Cantidades de beneficio pagaderas:** Los beneficios para todas las Personas cubiertas son pagaderos al 100% de las Cantidades de beneficio detalladas, a menos que se indique lo contrario. Quienes soliciten la cobertura de forma tardía, si este plan lo permite, quizás deban proporcionar evidencia médica de asegurabilidad.

### Condiciones, exclusiones y limitaciones específicas para determinados beneficios (Indemnización por atención hospitalaria):

**Admisión hospitalaria:** Debe ser admitido como Paciente internado debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (incluidas afecciones crónicas).

**Admisión hospitalaria por afección crónica:** Debe ser admitido como Paciente internado debido a una afección crónica cubierta, y el tratamiento para una afección crónica cubierta debe ser proporcionado por un especialista en esa área de la medicina. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (incluidas afecciones crónicas).

**Estadía en el Hospital:** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en el Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en la ICU, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en el Hospital dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en el Hospital.

**Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU):** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en la ICU de un Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en el Hospital, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadías en una ICU dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en la ICU.

**Estadía en el Hospital para observación:** Debe estar recibiendo tratamiento para una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta en un Hospital, lo que incluye una sala de observación, o un centro quirúrgico ambulatorio, durante más de 24 horas, como paciente no internado y debe incurrir en un cargo. Este beneficio no es pagadero si se paga un beneficio en virtud del Beneficio de estadía en el Hospital o el Beneficio de estadía en la Unidad de cuidados intensivos de un Hospital.

**Admisión para atención en una sala de recién nacidos y estadía para atención en una sala de recién nacidos:** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en un Hospital inmediatamente después del nacimiento bajo la supervisión y atención de un médico.

### Exclusiones y limitaciones comunes:

**Exclusiones:**\* Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Lesión cubierta o Enfermedad cubierta causada por cualquiera de los siguientes supuestos (a menos que se indique lo contrario en la póliza): • 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 acto bélico, declarado o no; • una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta que se produzca durante 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; • el consumo voluntario de cualquier narcótico, droga, veneno o gases, a menos que sea recetado por un Médico o que se tome según sus instrucciones y de acuerdo con la dosis indicada (no incluye a los residentes de WA); • la operación de cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado por el cual la Persona cubierta ha recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento. A efectos de esta exclusión, "bajo los efectos del alcohol" significa en estado de intoxicación, según lo definido por la ley del estado en el que ocurrió la Lesión cubierta o Enfermedad cubierta. (no incluye a los residentes de WA); • aquellos servicios que no sean necesarios, según lo determinado por Nosotros

conforme a los estándares médicos generalmente aceptados, para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de la afección física o mental involucrada. Esto se aplica aunque sean recetados, recomendados o aprobados por el médico a cargo del tratamiento; • cirugía estética u opcional. Esto no incluye la cirugía estética reconstructiva: a) relacionada con una cirugía por traumatismo, infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada; o b) a causa de una enfermedad o anomalía congénita de un Hijo dependiente cubierto que ha dado origen a un defecto funcional; • cirugía dental, a menos que la cirugía sea resultado de una lesión accidental. Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por un Médico, una Enfermera o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el Suscriptor o que esté prestando servicios homeopáticos, de aromaterapia o de terapia a base de hierbas, que viva en el hogar de la Persona cubierta o sea uno de los padres, hermanos o hijos de la Persona cubierta, o su cónyuge.

### Definiciones importantes:

**Enfermedad cubierta:** Una enfermedad o trastorno físico o mental, lo que incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo, que provoca una pérdida cubierta. Una Enfermedad cubierta incluye la cuarentena médicamente necesaria en un Hospital junto con el tratamiento preventivo médicamente necesario debido a una exposición identificable a una enfermedad contagiosa e infecciosa que pone en peligro la vida.

**Lesión cubierta:** Cualquier daño físico que provoque una pérdida cubierta.

**Persona cubierta:** Una persona que cumple con los requisitos, según lo definido en el Programa de beneficios, que está inscrita y para quien hemos aceptado una Evidencia de asegurabilidad y se ha pagado la prima requerida a su vencimiento, y para quien la cobertura en virtud de esta Póliza continúa en vigor.

**Período de espera:** El período continuo de tiempo que debe esperarse antes de que sea pagadero un beneficio detallado en el Programa de beneficios. Es posible que deba respetarse un Período de espera durante el Período de espera de beneficios de 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. El término Hospital no incluye una clínica ni un establecimiento para: (1) rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería especializada; (2) ancianos, drogadicción o alcoholismo; o (3) un establecimiento destinado principal o exclusivamente a la prestación de servicios psiquiátricos a pacientes con enfermedades mentales. El término Hospital tampoco incluye una unidad de un Hospital para rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería especializada.

### Disposiciones de 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 o el primer día del mes después de la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado, lo que ocurra en último lugar; o si se requiere evidencia de asegurabilidad, el primer día del mes después de que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes), 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 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. El diferimiento de la fecha de entrada en vigor no se aplicará al Beneficio de admisión y estadia para atención en una sala de recién nacidos.

**Cuándo termina su cobertura:** La cobertura para cualquier Persona cubierta finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que 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 su Cónyuge e Hijos dependientes, si corresponde, la cobertura también terminará cuando termine 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 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.

### \*Variaciones según el estado

La definición de cónyuge incluye a las parejas de uniones civiles en New Hampshire y Vermont. Los **Beneficios de admisión y estadia para atención en una sala de recién nacidos** no están disponibles para los residentes de ID, NH, OR y WA. En VT, se hace referencia a la **portabilidad** como Continuación debido a la pérdida de la elegibilidad. Los residentes de VT no están sujetos al límite de edad para continuar la cobertura. Las **exclusiones** pueden variar para los residentes de MN, SC, SD y WA. **Definiciones importantes (Hospital)** puede variar para los residentes de ID, NH, OR, WA y VT.

ESTA PÓLIZA PAGA SOLAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS. NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL Y NO TIENE POR OBJETO CUBRIR 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 UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICAID O MEDICARE.

Series 1.0/1.1/1.2

Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Todos los términos y las condiciones de la cobertura se definen en la Póliza colectiva N.º HC961014. Dirijase 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 o las características 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 GHIP-00-1000.00, GHIP-1.2-1000. La cobertura está asegurada por Life Insurance Company of North America, 1601 Chestnut St., Philadelphia, PA 19192.

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. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

887511SP © 2021 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.