

*Galena Park ISD 2022*

**Año del Plan 2022 – 2023**

1 de septiembre de 2022 – 31 de agosto de 2023

# GUÍA DE BENEFICIOS



Joe Quijada, Administrador de Cuenta Sr.  
First Financial Group of America  
[Joe.Quijada@ffga.com](mailto:Joe.Quijada@ffga.com)

Holli Sherrard, Directora de Beneficios para  
Empleados  
Galena Park Independent School District  
[Benefits@galenaparkisd.com](mailto:Benefits@galenaparkisd.com)

# ÍNDICE

Galena Park I.S.D. ofrece a los empleados elegibles un paquete de beneficios competitivo que incluye productos voluntarios y pagados por el distrito. Hemos trabajado en estrecha colaboración con First Financial (FFGA) para ofrecerle una variedad de beneficios y recursos que le ayudarán a satisfacer sus necesidades de atención médica y jubilación. Los detalles de todos los beneficios disponibles se pueden encontrar en el sitio web de Galena Park I.S.D. en [www.galenaparkisd.com/page/9994](http://www.galenaparkisd.com/page/9994).

Asegúrese de leer atentamente las descripciones de los productos para estar bien preparado antes de que comience la inscripción. Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con el Departamento de Beneficios para Empleados por correo electrónico a [benefits@galenaparkisd.com](mailto:benefits@galenaparkisd.com).

## ÍNDICE

■ INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y LA INSCRIPCIÓN .....	3
■ PREGUNTAS FRECUENTES.....	6
■ COBERTURA MÉDICA .....	7
■ TELESALUD.....	11
■ CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES Y CUIDADO DE DEPENDIENTES .....	12
■ CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD Y RECURSOS DE HSA .....	14
■ COBERTURA DENTAL.....	18
■ COBERTURA DE VISIÓN .....	23
■ PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO.....	26
■ PRODUCTOS DE SEGUROS SUPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS	
○ SEGURO DE VIDA PAGADO POR EL EMPLEADOR .....	27
○ SEGURO DE VIDA TEMPORAL .....	27
○ SEGURO DE VIDA PERMANENTE .....	31
○ DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO.....	39
○ SEGURO CONTRA EL CÁNCER.....	55
○ SEGURO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES.....	61
○ INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA.....	65
○ SEGURO CONTRA ACCIDENTES .....	68
○ PLAN LEGAL .....	78
■ JUBILACIÓN VOLUNTARIA	
○ PLANES DE JUBILACIÓN 403(b).....	80
○ PLAN DE JUBILACIÓN 457(b).....	84
■ INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS .....	89

*Esta guía contiene un resumen de los beneficios que ofrece su empleador. Si existe algún conflicto entre los términos de este resumen de beneficios y los contratos reales, prevalecerán los términos de los contratos. Para obtener una explicación más detallada de los beneficios, puede comunicarse con el Departamento de Beneficios para Empleados enviando un correo electrónico a: [benefits@galenaparkisd.com](mailto:benefits@galenaparkisd.com).*

# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## ELEGIBILIDAD

Los empleados elegibles deben estar activamente en el trabajo en la fecha de vigencia del plan para que los nuevos beneficios sean efectivos. Como empleado a tiempo completo, usted es elegible para recibir beneficios al igual que su cónyuge y sus hijos dependientes. GPISD reconoce los matrimonios entre personas del mismo sexo y los matrimonios de hecho como cónyuges elegibles con documentación.

## INSCRIPCIÓN EN LÍNEA (5 de julio – 18 de agosto de 2022)

Para comenzar la inscripción en línea, visite <https://ffga.benselect.com/Enroll/login.aspx>.

## INICIO DE SESIÓN

- Inicio de sesión: Su identificación de empleado o número de seguro social (sin guiones)
- PIN: Los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social y los últimos dos dígitos del año en que nació (seis dígitos en total)

## VEA LOS BENEFICIOS ACTUALES

Después de iniciar sesión, llegará a la pantalla de bienvenida. Sus beneficios actuales y las deducciones de primas aparecerán en esta pantalla.

## VER / AÑADIR DEPENDIENTES

Haga clic en 'Next' (Siguiente) para ver sus dependientes. Es muy importante asegurarse de que los números de seguro social y las fechas de nacimiento que figuran en la lista sean correctos. Si planea agregar dependientes, deberá ingresar sus números de seguro social y fechas de nacimiento. Es posible que se le solicite que presente prueba de parentesco e identificación para los dependientes, como tarjetas de seguro social, actas de nacimiento y actas de matrimonio. Es contrario a la ley elegir cobertura para una persona no elegible. Se les puede pedir a los participantes que proporcionen una prueba satisfactoria de elegibilidad.

## RECHAZO DE LA COBERTURA

Si es elegible para los beneficios, pero desea RECHAZAR la cobertura, complete la inscripción en línea en su computadora de trabajo o de casa. Debajo de cada opción, deberá seleccionar "waive" (renunciar). Aún debe completar la información del beneficiario. Recuerde que no se pueden realizar cambios en sus elecciones después de que finalice la inscripción abierta, a menos que tenga un cambio calificado a mitad de año según la Sección 125 o un evento de vida calificado.

## INSCRIPCIÓN EN EL SITIO (Varias fechas del 11 de julio al 18 de agosto de 2022)

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, sus representantes de cuenta de First Financial y de Beneficios para Empleados estarán en el lugar para ayudarle a hacer sus elecciones. No hay necesidad de cita. Consulte el calendario de inscripción en el sitio a continuación:

INSCRIPCIÓN EN EL SITIO 2022		
Edificio de Administración, Salón Q106, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.		
11 de julio de 2022	13 de julio de 2022	14 de julio de 2022
18 de julio de 2022	20 de julio de 2022	21 de julio de 2022
2 de agosto de 2022	3 de agosto de 2022	9 de agosto de 2022
10 de agosto de 2022	11 de agosto de 2022	15 de agosto de 2022
17 de agosto de 2022	18 de agosto de 2022	

# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS A MEDIADOS DE AÑO

Usted puede agregar o cancelar cobertura durante el año del plan si tiene un evento de vida calificado. Debe notificar al departamento de beneficios dentro de los 31 días posteriores al evento.

### LOS EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS INCLUYEN:

- Cambios en el hogar, incluidos matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte de un hijo dependiente.
- Pérdida de la cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, pérdida de la cobertura médica existente, incluidos los planes individuales y estudiantiles basados en el trabajo, pérdida de la elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP, cumplimiento de los 26 años y pérdida de la cobertura a través del plan de los padres.

### Conozca sus opciones.

Galena Park ISD ofrece una amplia gama de valiosos beneficios, desde cobertura médica hasta seguros de vida, y desde planes dentales hasta programas de bienestar.

### Tómese su tiempo. Estudie sus opciones.

Todos tenemos diferentes necesidades, desafíos de salud, presupuestos y metas. Al elegir sus opciones con cuidado, usted y su familia pueden obtener la cobertura que se adapte a sus necesidades.

# PLANES DE LA SECCIÓN 125

## INFORMACIÓN Y REGLAS DEL PLAN DE LA SECCIÓN 125

Un Plan de la Sección 125 proporciona una manera de ahorrar impuestos para pagar los gastos elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes. Los fondos se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos.

### ASÍ ES COMO FUNCIONA

Un Plan de la Sección 125 reduce sus impuestos y aumenta su salario neto al permitirle deducir el costo de los beneficios elegibles de sus ganancias antes de impuestos. Además, el plan está disponible para usted sin costo alguno y usted ya es elegible – todo lo que tiene que hacer es inscribirse.

### ¿ES ADECUADO PARA MÍ?

Los ahorros que usted puede conseguir con un Plan de la Sección 125 se detallan en el ejemplo a continuación. Por ejemplo, potencialmente podría llevarse a casa alrededor de \$70 más cada mes si participa en el Plan de la Sección 125 de su empleador – ¡eso constituye un ahorro de \$840 al año!

No puede cambiar sus elecciones de beneficios para el año del plan a menos que la oficina de beneficios reciba una notificación por escrito dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación. Si no se notifica a la oficina de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación, no se puede realizar ningún cambio de beneficios hasta la próxima inscripción abierta anual.

Los cambios de situación familiar especificados por el IRS incluyen:

- Cambio en el estado civil
- Cambio en el número de dependientes
- Terminación o comienzo del empleo
- El dependiente satisface o deja de satisfacer sus requisitos de elegibilidad
- Cambio de residencia o lugar de trabajo que afecta la elegibilidad para la cobertura

## EJEMPLO DE CHEQUE DE PAGO DEL PLAN DE LA SECCIÓN 125

	SIN S125	CON S125
Salario Mensual	\$2,000	\$2,000
Menos Deducciones Médicas	-N/A	-\$250
Ingreso Bruto Gravable	\$2,000	\$1,750
Menos Impuestos (Fed./Est. al 20%)	-\$400	-\$350
Menos FICA Calculado (7.65%)	-\$153	-\$133
Menos Deducciones Médicas	-\$250	-N/A
Salario Neto	\$1,197	\$1,267

**¡PODRÍA AHORRAR \$70 MENSUALES EN IMPUESTOS PAGANDO SUS BENEFICIOS ANTES DE IMPUESTOS!**

*\* Las cifras del ejemplo de cheque de pago anterior son sólo para fines ilustrativos.*

# PREGUNTAS FRECUENTES

## ¿QUÉ ES LA EMISIÓN GARANTIZADA (GI, por sus siglas en inglés)?

También se conoce como Aceptación Garantizada, o GA por sus siglas en inglés, significa que no puede ser rechazado por razones de salud. La Emisión Garantizada generalmente se ofrece durante la inscripción inicial para los beneficios.

## ¿QUÉ ES UNA "CONDICIÓN PREEXISTENTE"?

Una condición preexistente es una enfermedad o afección física para la cual existen síntomas o se recomendó o recibió un consejo o tratamiento médico antes de la fecha de vigencia de la cobertura.

## ¿QUÉ ES UN DEDUCIBLE?

Un deducible es lo que usted debe pagar por su atención médica antes de que su seguro pague su parte. La mayoría de los planes tienen deducibles, que comienzan de nuevo cuando su "AÑO DEL PLAN" comience nuevamente. Por ejemplo, si su plan tiene un deducible de \$1,000 y usted se somete a una cirugía que cuesta \$5,000, pagará \$1,000 antes de que su aseguradora le ayude a cubrir sus facturas.

## ¿QUÉ ES UN COPAGO O COASEGURO?

Un copago es un monto fijo pequeño—a menudo \$10 o \$30—que usted paga por servicios cubiertos, como una receta o una visita al médico. Algunos planes de salud también aplican coaseguros a ciertos servicios. Con esto, usted paga un porcentaje del costo total de la atención. Por ejemplo, si tiene un coaseguro del 20% y la consulta de su médico cuesta \$300, usted pagaría \$60 si ha cumplido con su deducible.

## ¿QUÉ SIGNIFICA GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO?

Su gasto máximo de bolsillo es lo máximo que usted tiene que pagar cada año para sus servicios médicos o medicamentos recetados antes de que su seguro pague por toda su atención. Este monto no incluye lo que paga en primas. La Ley de Cuidado de Salud Asequible limita los gastos máximos de bolsillo.

## ¿QUÉ SIGNIFICA EOB?

Después de visitar a su médico o someterse a un procedimiento en un hospital, recibirá un formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) explicando la cantidad de los cargos que pagará su seguro. La EOB no es una factura en sí misma, pero puede indicarle lo que su médico puede cobrarle. Busque las palabras "due from patient" ("adeudado por el paciente") para ver cuánto puede adeudar después de que pague su seguro.

## ANTES DE OBTENER CIERTOS EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS, ¿NECESITA PERMISO DE SU PLAN DE SEGURO MÉDICO?

Si su médico dice que usted necesita una prueba o procedimiento, es posible que su plan de salud deba autorizarlo para que esté cubierto por el seguro. La obtención de ese permiso se llama autorización previa. La descripción general de los beneficios de su plan enumera los cuidados que deben recibir autorización previa. Si usted no la obtiene cuando es necesaria, su plan de salud no pagará su parte de los costos.

# Puntos Destacados del Plan TRS-ActiveCare 2022-23 para Galena Park I.S.D. 1 sep. 2022– 31 ago. 2023



Todos los participantes de TRS-ActiveCare tienen **tres opciones de plan**. Cada uno incluye una amplia gama de beneficios para el bienestar.

**Este plan está cerrado y no acepta nuevos participantes. Si actualmente está inscrito en TRS-ActiveCare 2, puede permanecer en este plan.**

	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD
Resumen del Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prima más baja de los tres planes</li> <li>Copagos por visitas al médico antes de alcanzar su deducible</li> <li>Red estatal</li> <li>Se requieren derivaciones de su Proveedor de Atención Primaria (PCP) para ver a especialistas</li> <li>No es compatible con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)</li> <li>Sin cobertura fuera de la red</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deducible más bajo que los planes HD y Primary</li> <li>Copagos por muchos servicios y medicamentos</li> <li>Prima más alta</li> <li>Red estatal</li> <li>Se requieren derivaciones del PCP para ver a especialistas</li> <li>No compatible con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)</li> <li>Sin cobertura fuera de la red</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compatible con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)</li> <li>Red nacional con cobertura fuera de la red</li> <li>No se requieren PCP ni derivaciones</li> <li>Debe alcanzar su deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva</li> </ul>

TRS-ActiveCare 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cerrado a nuevos participantes</li> <li>Los participantes actuales pueden optar por permanecer en el plan</li> <li>Deducible más bajo</li> <li>Copagos por muchos servicios y medicamentos</li> <li>Red nacional con cobertura fuera de la red</li> <li>No se requieren PCP ni derivaciones</li> </ul>

## Beneficios de Bienestar sin costo adicional\*

### Estar sano es fácil con:

- \$0 para atención preventiva
- Atención al cliente 24/7
- Promotores de salud uno a uno
- Programas de pérdida de peso
- Programas de nutrición
- Apoyo al embarazo Ovia™
- TRS Virtual Health
- Beneficios de salud mental
- ¡Y mucho más!

\* Disponible para todos los planes. Consulte la guía de beneficios para obtener más detalles.

PRIMA QUINCENAL	PRIMA TOTAL POR CHEQUE DE PAGO	PRIMA TOTAL POR CHEQUE DE PAGO	PRIMA TOTAL POR CHEQUE DE PAGO
Empleado Solo	\$35.00	\$85.50	\$41.00
Empleado y Cónyuge	\$366.50	\$416.00	\$382.50
Empleado e Hijos	\$183.50	\$228.00	\$194.50
Empleado y Familia	\$476.00	\$571.50	\$495.00

PRIMA TOTAL POR CHEQUE DE PAGO
\$344.00
\$1,011.00
\$582.50
\$1,230.50

Características del Plan				
Tipo de Cobertura	Sólo Cobertura Dentro de la Red	Sólo Cobertura Dentro de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Individual / Familiar	\$2,500/\$5,000	\$1,200/\$3,600	\$3,000/\$6,000	\$5,500/\$11,000
Coaseguro	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 20% después del deducible	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible
Gasto Máximo de Bolsillo Individual / Familiar	\$8,150/\$16,300	\$6,900/\$13,800	\$7,050/\$14,100	\$20,250/\$40,500
Red	Red Estatal	Red Estatal	Red Nacional	
PCP Requerido	Si	Si	No	

Dentro de la Red	Fuera de la Red
\$1,000/\$3,000	\$2,000/\$6,000
Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 40% después del deducible
\$7,900/\$15,800	\$23,700/\$47,400
Red Nacional	
No	

Visitas al Médico				
Atención Primaria	Copago de \$30	Copago de \$30	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible
Especialista	Copago de \$70	Copago de \$70	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible

Copago de \$30	Ud. paga 40% después del deducible
Copago de \$70	Ud. paga 40% después del deducible

Atención Inmediata				
Atención Urgente	Copago de \$50	Copago de \$50	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible
Atención de Emergencia	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 20% después del deducible	Ud. paga 30% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD™	\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica	\$30 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica	\$0 por consulta médica <b>BAJO EL PLAN DE GPISD</b>	

Copago de \$50	Ud. paga 40% después del deducible
Usted paga un copago de \$250 más un 20% después del deducible	
\$0 por consulta médica	
\$12 por consulta médica	

## Lo que debe saber

- El gran poder adquisitivo de TRS permite el acceso a amplias redes sin límites de condado.
- El seguro de medicamentos especializados significa que está cubierto, sin importar lo que le depare la vida.

Medicamentos Recetados			
Deducible para Medicamentos	Integrado con el plan médico	Deducible de \$200 para medicamentos de marca	Integrado con el plan médico
Genéricos (suministro para 30 días / 90 días)	Copago de \$15/\$45; copago de \$0 para ciertos genéricos	Copago de \$15/\$45	You pay 20% after deductible; \$0 coinsurance for certain generics
Marca Preferida	Ud. paga 30% después del deducible	Ud. paga 25% después del deducible	Ud. paga 25% después del deducible
Marca No Preferida	Ud. paga 50% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible	Ud. paga 50% después del deducible
Especializados	\$0 si es elegible para PrudentRx; Usted paga 30% después del deducible	\$0 si es elegible para PrudentRx; Usted paga 30% después del deducible	Ud. paga 20% después del deducible
Gastos de Bolsillo para Insulina	Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 por suministro de 61 a 90 días	Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 por suministro de 61 a 90 días	Ud. paga 25% después del deducible

Deducible de \$200 para medicamentos de marca
Copago de \$20/\$45
Usted paga 25% después del deducible (\$40 mín/\$80 máx)/ Usted paga 25% después del deducible (\$105 mín/\$210 máx)
Usted paga 50% después del deducible (\$100 mín/\$200 máx)/ Usted paga 50% después del deducible (\$215 mín/\$430 máx)
\$0 si es elegible para PrudentRx; Usted paga 30% después del deducible (\$200 mín/\$900 máx)/ Sin suministro de 90 días para medicamentos especializados
Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 por suministro de 61 a 90 días

# Compare Precios de Servicios Médicos Comunes

## RECUERDE:

Inicie sesión en Blue Access for Members<sup>SM</sup> en [www.bcbstx.com/trsactivecare](http://www.bcbstx.com/trsactivecare) para usar la herramienta de estimación de costos. Esto le ayudará a encontrar los mejores precios a través de diferentes proveedores.

Beneficio	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD		TRS-ActiveCare 2	
	Sólo dentro de la red	Sólo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Laboratorios de Diagnóstico*	Consultorio / Laboratorio Independiente: Usted paga \$0	Consultorio / Laboratorio Independiente: Usted paga \$0	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 50% después del deducible	Consultorio / Laboratorio Independiente: Usted paga \$0	Usted paga 40% después del deducible
	Paciente ambulatorio: Usted paga 30% después del deducible	Paciente ambulatorio: Usted paga 20% después del deducible			Paciente ambulatorio: Usted paga 20% después del deducible	
Radiología de Alta Tecnología	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 50% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible + copago de \$100 por procedimiento	Usted paga 40% después del deducible + copago de \$100 por procedimiento
Costos Ambulatorios	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 50% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible (copago del establecimiento de \$150 por incidente)	Usted paga 40% después del deducible (copago del establecimiento de \$150 por incidente)
Costos de hospitalización	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 30% después del deducible	Usted paga 50% después del deducible (cargo máximo del establecimiento de \$500 por día)	Usted paga 20% después del deducible (copago del establecimiento de \$150 por incidente)	Usted paga 40% después del deducible (cargo máximo del establecimiento de \$500 por día)
Sala de Emergencias Independiente	Usted paga un copago de \$500 + 30% después del deducible	Usted paga un copago de \$500 + 20% después del deducible	Usted paga un copago de \$500 + 30% después del deducible	Usted paga un copago de \$500 + 50% después del deducible	Usted paga un copago de \$500 + 20% después del deducible	Usted paga un copago de \$500 + 40% después del deducible
Cirugía Bariátrica	Establecimiento: Usted paga el 30% después del deducible	Establecimiento: Usted paga el 20% después del deducible	Sin cobertura	Sin cobertura	Establecimiento: Usted paga el 30% después del deducible (copago del establecimiento de \$150 por día)	Sin cobertura
	Servicios Profesionales: Usted paga un copago de \$5,000 + 30% después del deducible	Servicios Profesionales: Usted paga un copago de \$5,000 + 20% después del deducible			Servicios Profesionales: Usted paga un copago de \$5,000 + 20% después del deducible	
	Cubierto sólo si se presta en un establecimiento de BDC+	Cubierto sólo si se presta en un establecimiento de BDC+			Cubierto sólo si se presta en un establecimiento de BDC+	
Examen anual de la vista (uno por año del plan; realizado por un oftalmólogo u optometrista)	Usted paga un copago de \$70	Usted paga un copago de \$70	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga un copago de \$70	Usted paga el 40% después del deducible
Examen auditivo anual (uno por año del plan)	Copago de \$30 del PCP; Copago de \$70 del especialista	Copago de \$30 del PCP; Copago de \$70 del especialista	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Copago de \$30 del PCP; Copago de \$70 del especialista	Usted paga el 40% después del deducible

\*Se puede aplicar una precertificación para pruebas genéticas y especializadas. Comuníquese con un Guía de Salud Personal al 1-866-355-5999 si tiene preguntas.

# RECURSOS ADICIONALES

## **WELL ONTARGET**

El portal Well onTarget es donde comenzará a participar en actividades de bienestar personalizadas para usted. Descargue la aplicación AlwaysOn o visite [www.wellontarget.com](http://www.wellontarget.com) e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña de Blue Access for Members.

## **BLUE POINTS REWARDS**

Gane y canjee puntos en el Centro Comercial en Línea ("Online Shopping Mall") cuando participe en actividades de bienestar elegibles en el portal. Visite [www.wellontarget.com](http://www.wellontarget.com) e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña de Blue Access for Members.

## **RED DEL PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO**

Acceso a una red nacional de centros de acondicionamiento físico líderes a nivel nacional, regional y local por una tarifa de membresía mensual de \$25. Inicie sesión en su cuenta Blue Access for Members y haga clic en el enlace del Programa de Acondicionamiento Físico que se encuentra en la barra de menú de la izquierda o llame al (888) 762-2583, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., en cualquier zona horaria de los EE. UU.

## **SALUD DE LA MUJER Y FAMILIAR**

Descargue cualquiera de las aplicaciones móviles de Ovia Health en la tienda de Apple o Google. Ingrese su número de identificación de BCBSTX cuando configure su cuenta. Visite [www.wellontarget.com](http://www.wellontarget.com) para obtener cursos en línea. Nuevos usuarios, cuando se les solicite, ingresen "Teacher Retirement System of Texas".

## **GUÍAS DE SALUD PERSONAL (PHGs)**

Responde preguntas sobre beneficios, explica los costos de atención médica y las opciones de atención, le ayuda a usar herramientas de autoservicio y lo conecta con otros recursos. Llame al 1-866-355-5999. Un Guía de Salud Personal de BCBSTX está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Actualmente están disponibles de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m.

## **LÍNEA DE ENFERMERÍA 24/7**

Con personal de enfermería titulado, la línea de enfermería 24/7 brinda respuestas a preguntas generales de salud y lo guía a los proveedores y centros de atención. Llame al 1-866-355-5999.

## **RECURSOS DE FARMACIA**

Descargue la aplicación CVS Caremark en Google Play o App Store. Consulte la herramienta de costo de medicamentos y busque la lista de Medicamentos Preventivos Genéricos visitando [www.info.caremark.com/trsactivecare](http://www.info.caremark.com/trsactivecare). El Programa de Medidores de Diabetes de CVS Caremark ("Diabetic Meter Program") está disponible sin costo para medidores y suministros para diabéticos. Llame al 1-800-588-4456 para obtener más información.

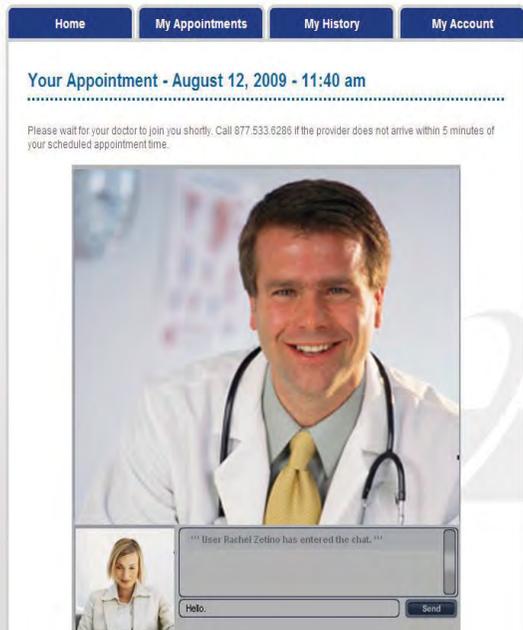
## **PRUDENT RX**

Programa de copago de medicamentos especializados para aquellos inscritos en los planes Primary, Primary+ y AC 2. Los gastos de bolsillo para medicamentos recetados cubiertos por el Programa de Copago de PrudentRx será de \$0. Se requiere inscripción para recibir el beneficio.

## **PROGRAMA DE SALUD MENTAL DIGITAL**

Este nuevo programa de salud mental digital ahora está incluido en los planes de salud de TRS-ActiveCare sin costo adicional. Las condiciones tratadas incluyen estrés, ansiedad, preocupación, depresión, insomnio, ansiedad social, uso de sustancias y otras. El programa no compartirá datos personales con los empleadores.

En este momento, todos los demás planes, excepto el plan HD, estarán cubiertos al 100%. El plan HD tendrá un copago de \$30.



**RediMD le ofrece la opción de tener una consulta regular con el médico en línea o por teléfono. No se requiere copago. Visítenos en: [www.redimd.com](http://www.redimd.com)**

***Cada vez que necesite ver o hablar con un médico Estamos "Siempre Abiertos"***

RediMD proporciona atención médica primaria en línea a través de una cámara web, un teléfono inteligente o por teléfono. Usted puede ver y hablar con un médico u otro profesional médico que puede diagnosticar, recomendar tratamiento y recetar medicamentos si es necesario.

El servicio RediMD está disponible para que lo use

- En su casa durante días, noches y fines de semana para usted y su familia.
- **Si usted y sus dependientes están cubiertos por el seguro médico TRS ActiveCare Primary, Primary+ o ActiveCare 2, entonces tienen acceso gratuito a RediMD.**
- **Si está cubierto por el seguro médico TRS ActiveCare HD, puede tener acceso a RediMD con un costo de \$30 por visita.**

**REDiMD TRATA LA MAYORÍA DE LOS PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIMARIA, INCLUIDOS, ENTRE OTROS:**

<i>Resfriado</i>	<i>Tos</i>	<i>Gripe</i>	<i>Dolor de garganta</i>
<i>Alergias</i>	<i>Problemas de la piel</i>	<i>Presión sanguínea</i>	<i>Dolor de cabeza</i>
<i>Diabetes</i>	<i>Infección sinusal</i>	<i>Problemas de estrés</i>	<i>Problemas estomacales</i>

- RediMD está disponible para usted y sus dependientes, si está cubierto por el seguro médico TRS ActiveCare, para usar en el hogar. Sólo se necesita una cuenta por hogar.
  - Se requiere una computadora con conexión a Internet y cámara web, o un teléfono inteligente con conexión a Internet y una cuenta de Skype (descarga gratuita desde la tienda de aplicaciones) para todas las visitas cara a cara.
  - Si olvida su contraseña, RediMD utiliza el cifrado más alto posible. No enviaremos contraseñas a correos electrónicos no seguros para su protección. Llame al número de RediMD a continuación para restablecer su contraseña.
  - Visítenos en [www.RediMD.com](http://www.RediMD.com) para obtener más información y registrarse

**Para obtener ayuda, llame a RediMD al 866-989-CURE, opción 3**



Consultas RediMD disponibles desde el trabajo o el hogar de 8:00 am a 6:00 pm hora del Centro, Lunes-Sábado, 24/7, por teléfono, llame al 281-633-0148.

Cuando necesite un médico, acceda a uno **en cualquier momento y en cualquier lugar**



Sáltese el viaje a la sala de espera. Con Teladoc, puede hablar con un médico en una hora por teléfono o con la aplicación desde cualquier lugar.

### Conozca sus opciones de atención:



#### **Teladoc**

Para condiciones que no son de emergencia como gripe, alergias, infecciones y mucho más. Nuestros médicos también pueden recetar medicamentos si es necesario.



#### **Médico de familia**

Para exámenes anuales y condiciones médicas continuas que necesitan un control regular.



#### **Atención Urgente / Sala de Emergencias**

Para condiciones severas como dolor de pecho, esguinces, cortes, quemaduras o huesos rotos.



Siéntese mejor cuando lo necesite

Visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com)

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) | Descargue la aplicación  | 

# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

First Financial Administrators, Inc. | [www.ffga.com](http://www.ffga.com) | 1.866.853.3539  
P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

## FSA DE ATENCIÓN MÉDICA

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica (FSA de Atención Médica) es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar los gastos médicos de su bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Si su plan incluye una opción de período de gracia, usted tiene tiempo adicional para incurrir en gastos y reclamar los fondos no utilizados en el nuevo año del plan. Tenga en cuenta que una vez agotado el período de gracia, usted perderá los saldos restantes en virtud de la regla de "úselo o piérdalo".

**Su monto máximo de contribución para el 2022 es de \$2,850.**

### PUNTOS DESTACADOS

- Las contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos, lo que ayuda a reducir sus ingresos imposables y aumentar sus ingresos disponibles.
- Su elección completa estará disponible para usted al comienzo del año del plan.
- Sea conservador – cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año del plan se perderá.
- Use su tarjeta de beneficios para pagar los gastos calificados por adelantado para que no tenga que gastar dinero de su bolsillo.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.

**NOTA: El IRS requiere pruebas de que todos los gastos son elegibles.** Guarde todos los recibos en caso de que necesite justificar una reclamación a efectos fiscales. Su recibo debe incluir la fecha de compra o servicio, monto que debía pagar después del seguro, descripción del producto o servicio, nombre del comerciante o proveedor y nombre del paciente.

## FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES

Con una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes, usted puede apartar parte de su sueldo antes de impuestos para pagar los gastos elegibles del cuidado de dependientes, como cuidado de niños, niñeras y cuidado diurno para adultos.

**Puede asignar hasta \$5,000 por año fiscal para el reembolso de los servicios de cuidado de dependientes. Si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado, el límite es de \$2,500.**

### PUNTOS DESTACADOS

- Los dependientes elegibles deben declararse como una exención en su declaración de impuestos.
- Los dependientes elegibles deben ser hijos menores de 13 años o un adulto dependiente incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Los fondos están disponibles a medida que se realizan contribuciones a su cuenta.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.
- Los saldos se perderán al final del período de "runoff" o de gracia.

# RECURSOS DE LA FSA

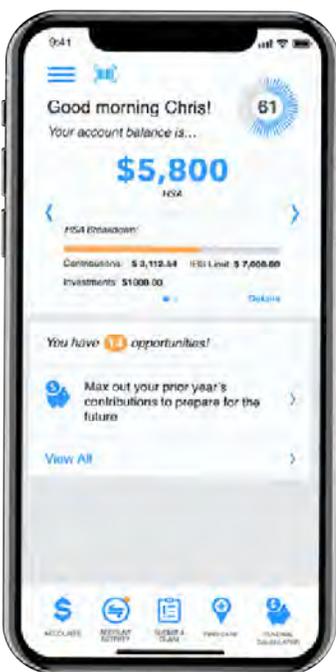
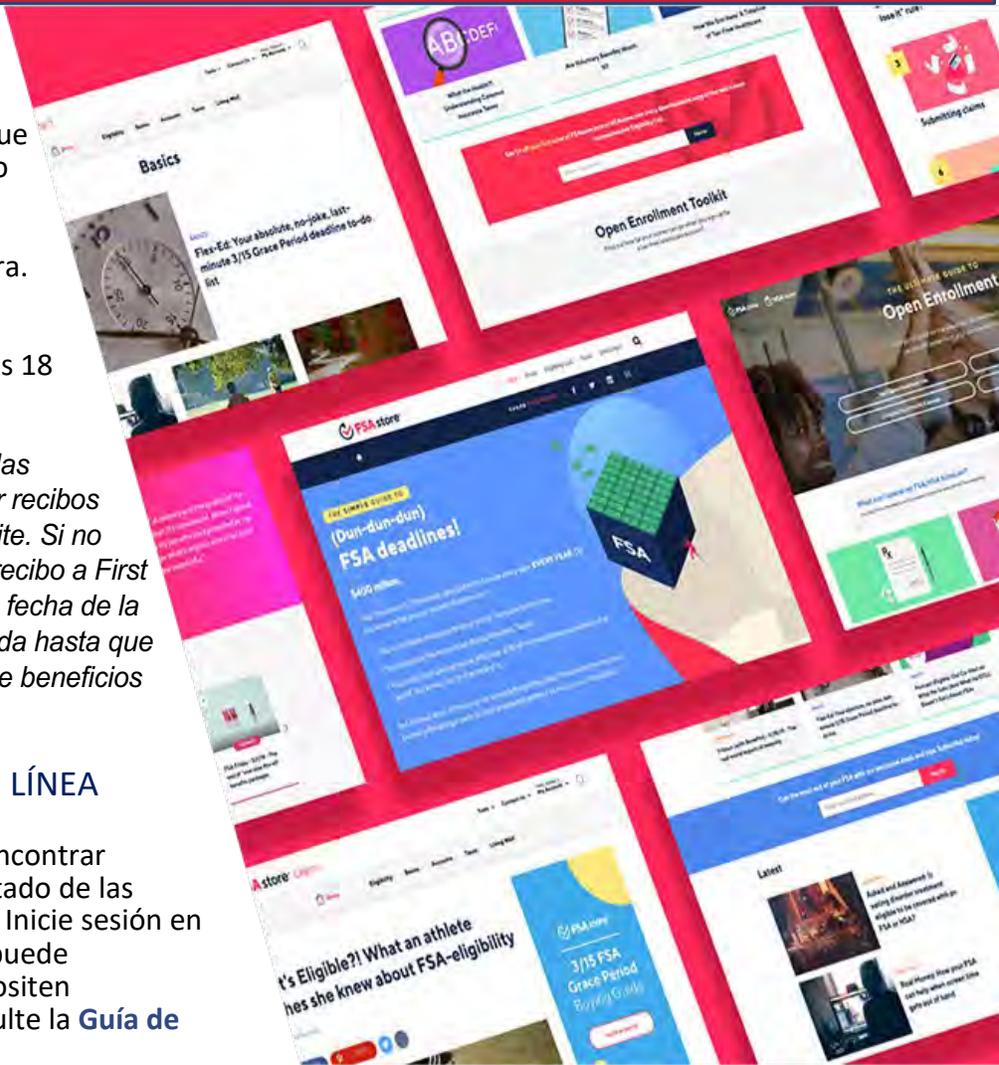
## TARJETA DE BENEFICIOS

La Tarjeta de Beneficios de First Financial está disponible para todos los empleados que participan en la FSA de Atención Médica y/o FSA para el Cuidado de Dependientes. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

*El IRS requiere la validación de la mayoría de las transacciones para las FSA. Usted debe enviar recibos para la validación de gastos cuando se le solicite. Si no puede corroborar el cargo proporcionando un recibo a First Financial dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la compra o del servicio, su tarjeta será suspendida hasta que se reciba el recibo necesario o la explicación de beneficios de su proveedor de seguros.*

## VEA LOS DETALLES DE SU CUENTA EN LÍNEA

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de reclamación y verificar el estado de las reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en [www.ffga.com](http://www.ffga.com). Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos se depositen directamente en su cuenta bancaria. ¡Consulte la [Guía de Inicio de Sesión del Portal](#) ahora!



## APLICACIÓN DE CUENTA MÓVIL FF

¡Con la Aplicación de Cuenta Móvil FF, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación y más! La Aplicación de Cuenta Móvil FF está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store<sup>SM</sup> o Google Play Store<sup>TM</sup>. Consulte la [Guía del Usuario](#) y la [Guía de Referencia Rápida](#) de la Aplicación de Cuenta Móvil FF.

## FSA STORE (TIENDA DE LA FSA)

First Financial se ha asociado con FSA Store para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite la tienda en [www.ffga.com/individuals/#stores](http://www.ffga.com/individuals/#stores) para obtener más detalles y ofertas especiales.



# CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD

First Financial Administrators, Inc. | [www.ffga.com](http://www.ffga.com) | 1.866.853.3539

P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

## CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una excelente manera de ayudarle a controlar sus costos de atención médica. Funciona en conjunto con un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado para combinar ahorros libres de impuestos destinados a gastos médicos calificados. Una HSA le permite ahorrar dinero para pagar deducibles más altos asociados con un HDHP de prima mensual más baja. El dinero que ahorra en primas de seguro mensuales está reservado para gastos médicos elegibles en los que incurra en el futuro. Los gastos elegibles incluyen cosas como copagos y deducibles, recetas, gastos de visión, atención dental, terapia y suministros médicos.

2022	
<b>Límite de Contribución a la HSA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sólo por cuenta propia: \$3,650</li><li>• Familia: \$7,300</li></ul>
<i>Contribuciones de puesta al día de \$1,000 (mayores de 55 años)</i>	

## PUNTOS DESTACADOS

- Los saldos se transfieren de un año a otro y generan intereses a lo largo del camino.
- Transferible – usted lo conserva incluso después de dejar el empleo.
- Ventajas fiscales – invierta dinero en fondos mutuos para aumentar sus ahorros fiscales para los costos futuros de atención médica o la jubilación.
- Pague los gastos con una tarjeta de débito de beneficios que le proporciona acceso inmediato a su dinero en el momento de la compra.
- Los gastos también se pueden reembolsar a través de nuestro portal en línea, el pago de facturas en línea directamente a su proveedor o enviando un formulario de solicitud de distribución.
- No se requieren recibos para el reembolso, pero asegúrese de guardarlos para fines fiscales.

## ¿QUIÉN PUEDE PARTICIPAR EN UNA HSA?

- Debe estar inscrito en el plan TRS – ActiveCare HD.
- No puede estar inscrito en Tricare o Medicare ni estar cubierto por el plan de atención médica tradicional (no HDHP) de su cónyuge.
- No puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de propósito general o en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos.
- Se permiten Cuentas de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (sólo gastos dentales y de visión).
- No puede participar si su cónyuge tiene una FSA de propósito general o un HRA en su lugar de trabajo.
- No puede participar si es reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

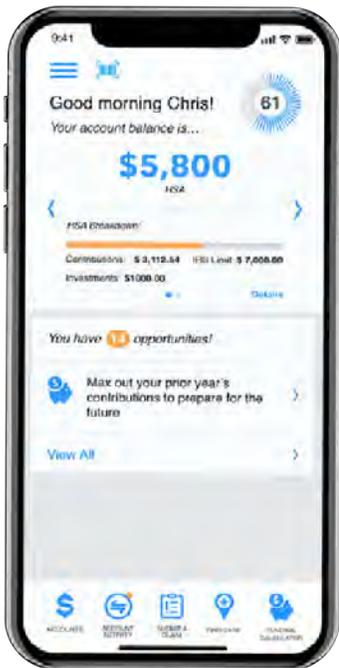
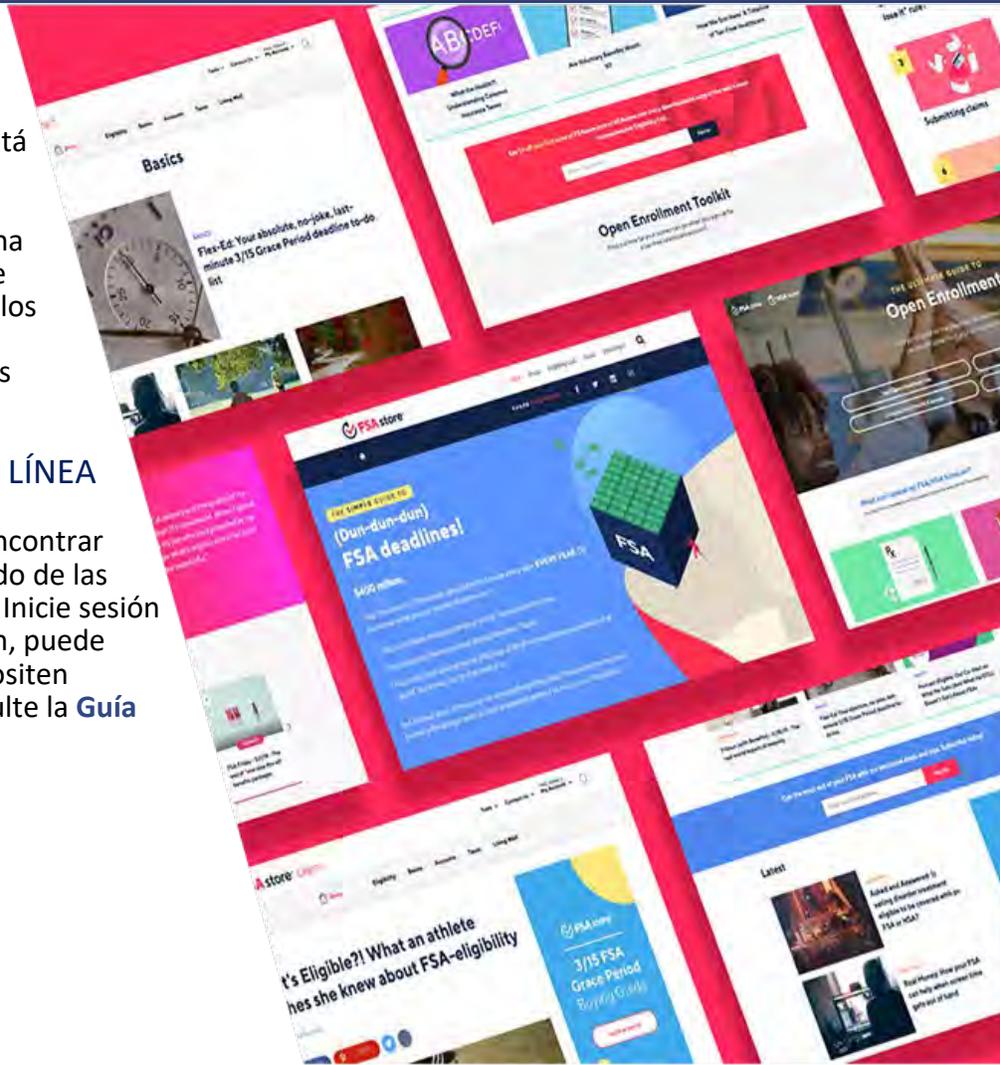
# RECURSOS DE LA HSA

## TARJETA DE BENEFICIOS

La Tarjeta de Beneficios de First Financial está disponible para todos los empleados que participan en la Cuenta de Ahorros para la Salud. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

## VEA LOS DETALLES DE SU CUENTA EN LÍNEA

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de impuestos y verificar el estado de las reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en [www.ffga.com](http://www.ffga.com). Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos se depositen directamente en su cuenta bancaria. ¡Consulte la [Guía de Inicio de Sesión del Portal](#) ahora!



## APLICACIÓN DE CUENTA MÓVIL FF

¡Con la Aplicación de Cuenta Móvil FF, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación y más! La Aplicación de Cuenta Móvil FF está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store<sup>SM</sup> o Google Play Store<sup>TM</sup>. Consulte la [Guía del Usuario](#) y la [Guía de Referencia Rápida](#) de la Aplicación de Cuenta Móvil FF.

## HSA STORE (TIENDA DE LA HSA)

First Financial se ha asociado con HSA Store para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite la tienda en [www.ffga.com/individuals/#stores](http://www.ffga.com/individuals/#stores) para obtener más detalles y ofertas especiales.



# Comparación de las HSA y FSA

## Diferencias entre las HSA y FSA



**Las Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA) y las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) son tipos comunes de cuentas de reembolso que ofrece First Financial Administrators, Inc. Estas cuentas le permiten reservar dinero para gastos médicos calificados, al mismo tiempo que reducen su carga impositiva general.**

**Sin embargo, hay diferencias significativas entre una HSA y una FSA. Con una HSA, usted es dueño de la cuenta y puede llevarla a donde quiera que vaya, con fondos que no puede perder. Además, a diferencia de una FSA, sus fondos generalmente están disponibles en su cuenta sólo a medida que se realizan las contribuciones, en lugar de hacerlo desde el comienzo del año del plan.**

HSA	FSA
<b>REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD</b>	
<p><b>Debe tener un HDHP calificado y ningún otro plan de salud descalificado.</b></p> <p><b>No puede estar cubierto por una FSA tradicional o un plan de salud tradicional de su cónyuge.</b></p> <p><b>No puede inscribirse en MediCare.</b></p>	<p><b>Ningún requisito de elegibilidad específico de la FSA.</b></p>
<b>CANTIDADES DE CONTRIBUCIONES ANUALES</b>	
<p><b>\$3,650 Individual, \$7,300 Familiar (2022).</b></p>	<p><b>Límite del IRS de \$2,850 por FSA (2022).</b></p>
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS FONDOS</b>	
<p><b>Los fondos están disponibles a medida que se realizan las contribuciones.</b></p>	<p><b>El monto completo de la elección está disponible el primer día del año del plan.</b></p>
<b>CAMBIO DE CANTIDADES DE CONTRIBUCIÓN</b>	
<p><b>Las contribuciones se pueden cambiar en cualquier momento.</b></p>	<p><b>Pueden ajustarse durante la inscripción abierta o con un evento de vida calificado en la situación laboral o familiar.</b></p>
<b>TRANSFERENCIA</b>	
<p><b>Cualquier saldo no utilizado siempre se transfiere al próximo año del plan.</b></p>	<p><b>Las FSA están sujetas a la regla de "úselo o piérdalo" y usted perderá cualquier saldo no utilizado al final del año del plan. Hay un período de gracia de 2 meses y medio después de que finaliza el año del plan. Puede recibir los servicios hasta el 15 de noviembre y enviar los recibos antes del 30 de noviembre para obtener el reembolso.</b></p>

HSA	FSA
<b>TRANSFERIBILIDAD</b>	
<p><b>Se trata de su cuenta Puede llevarla consigo donde quiera que vaya.</b></p>	<p><b>Perderá su FSA con un cambio de empleo.</b></p>
<b>EFFECTO SOBRE LOS IMPUESTOS</b>	
<p><b>Las contribuciones pueden deducirse de su cheque de pago antes de impuestos. El crecimiento y las distribuciones para gastos calificados están libres de impuestos o se realizan en el portal con contribuciones después de impuestos. Deducción fiscal sobre los impuestos al final del año.</b></p>	<p><b>Las contribuciones se deducen de su cheque de pago antes de impuestos. Las distribuciones están libres de impuestos para gastos calificados.</b></p>
<b>DOCUMENTACIÓN</b>	
<p><b>Usted es responsable de mantener la documentación en caso de una auditoría del IRS.</b></p>	<p><b>Se le pedirá que proporcione documentación para justificar el gasto.</b></p>
<b>DOCUMENTOS FISCALES</b>	
<p><b>Las distribuciones 1099-SA se le enviarán antes del 31 de enero.</b></p>	<p><b>Se declara en el W-2.</b></p>
<b>INVERSIONES</b>	
<p><b>Opciones de inversión disponibles una vez que haya acumulado más de \$1,000. Las inversiones se pueden realizar en línea iniciando sesión en el portal seguro en <a href="http://www.ffga.com">www.ffga.com</a>.</b></p>	<p><b>Sin opciones de inversión</b></p>
<b>DISTRIBUCIONES</b>	
<p><b>Cualquier monto de distribución que no se use exclusivamente para pagar gastos médicos calificados se incluye en su ingreso bruto y puede estar sujeto a un impuesto adicional del 20%.</b></p>	<p><b>Los gastos deben incurrirse durante el año del plan.</b></p>



Para obtener más información, llame al (866) 853-3539 o visite [www.ffga.com](http://www.ffga.com).

# Planes Dentales



Opción 1: plan **DHMO**, usted disfruta de descuentos negociados con los dentistas de nuestra red. Paga un copago fijo por cada servicio cubierto. Las visitas fuera de la red no están cubiertas.

Opción 2: plan **PPO BAJO**, puede visitar a cualquier dentista; pero paga menos de su bolsillo cuando elige un dentista de la PPO. Los beneficios fuera de la red están limitados a nuestra lista de tarifas PPO.

Opción 3: plan **PPO ALTO**, puede visitar a cualquier dentista; pero paga menos de su bolsillo cuando elige un dentista de la PPO. Los beneficios fuera de la red se basan en un percentil de los datos de tarifas vigentes para el código postal del dentista.

Su Plan Dental	Opción 1: <b>DHMO</b>	Opción 2: <b>PPO BAJO</b>		Opción 3: <b>PPO ALTO</b>	
Red	Managed DentalGuard	DentalGuard Preferred		DentalGuard Preferred	
Su prima quincenal	\$1.21	\$6.85		\$16.62	
Usted y su cónyuge/pareja de hecho	\$5.42	\$16.85		\$36.54	
Usted y su(s) hijo(s)	\$6.47	\$16.34		\$35.52	
Usted, cónyuge/pareja de hecho e hijo(s)	\$11.09	\$24.59		\$51.96	
Deducible del año del plan		<i>Dentro de la red Fuera de la red</i>		<i>Dentro de la red Fuera de la red</i>	
Individual	Sin deducible	\$50	\$50	\$50	\$50
Límite familiar		3 por familia		3 por familia	
No se cobra para		Preventivos	Preventivos	Preventivos	Preventivos
Cargos cubiertos para usted (coaseguro)	<i>Sólo dentro de la red</i>	<i>Dentro de la red Fuera de la red</i>		<i>Dentro de la red Fuera de la red</i>	
Cuidados preventivos	Usted paga un copago por cada procedimiento cubierto.	100%	100%	100%	100%
Cuidados básicos		60%	60%	80%	80%
Cuidado mayores	Consulte los detalles del plan para obtener más información.	40%	40%	50%	50%
Ortodoncia		No cubierto (se aplica a todos los niveles)		50%	50%
Beneficio Máximo Anual		\$750	\$750	\$1500	\$1500
Servicios Preventivos Exentos del Máximo	No aplicable	No		Sí	
Transferencia Máxima	La Transferencia	Sí		Sí	
Umbral de transferencia	Máxima no se aplica a este tipo de plan.	\$300		\$700	
Monto de transferencia		\$150		\$350	
Límite de cuenta de transferencia		\$500		\$1250	
Máximo de por vida para ortodoncia	No aplicable	No aplicable		\$1500	
Copago de visita al consultorio	\$5	Ninguno		Ninguno	
Límites de edad para dependientes	26	26		26	

## SU PLAN DE GUARDIAN OFRECE:

Transferencia máxima. Si un miembro presenta al menos una reclamación y se mantiene por debajo del umbral de reclamaciones, una parte del máximo no utilizado se transferirá para su uso en años futuros.

Gran selección de dentistas convenientes para usted - ¡el suyo probablemente esté en nuestra red!

Pago confiable de reclamaciones cuatro días en promedio

Averigüe si su dentista está en la red de Guardian en

[www.Guardianlife.com](http://www.Guardianlife.com)

*Deje que Guardian ponga sus más de 30 años de experiencia en beneficios dentales al servicio de usted y su familia.*

CATEGORÍA	DETALLES DEL PLAN	Opción 1: <b>DHMO</b>	Opción 2: <b>PPO BAJO</b>		Opción 3: <b>PPO ALTO</b>	
		<i>Usted paga</i>	<i>El plan paga (en promedio)</i>		<i>El plan paga (en promedio)</i>	
		<i>Sólo dentro de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
Cuidados preventivos	Limpieza (profilaxis)	\$0	100%	100%	100%	100%
	Frecuencia:	2 en 12 meses	Una vez cada 6 meses		Una vez cada 6 meses	
	Tratamientos con flúor	\$0	100%	100%	100%	100%
	Límites:	Menos de 18 años	Menos de 14 años		Menos de 14 años	
	Exámenes orales	\$0	100%	100%	100%	100%
	Selladores (por diente)	\$8	100%	100%	100%	100%
	Radiografías	\$0	100%	100%	100%	100%
Cuidados básicos	Empastes	\$8-28	60%	60%	80%	80%
	Extracciones simples	\$15	60%	60%	80%	80%
	Extracciones quirúrgicas	\$40-140	60%	60%	80%	80%
Cuidados mayores	Anestesia*	\$98	40%	40%	50%	50%
	Puentes y dentaduras postizas	\$443-575	40%	40%	50%	50%
	Implantes dentales	N/A	40%	40%	50%	50%
	Inlays, onlays, carillas**	\$235-420	40%	40%	50%	50%
	Cirugía periodontal	\$125-380	40%	40%	50%	50%
	Mantenimiento periodontal	\$27	40%	40%	50%	50%
	Frecuencia:	Una vez cada 3 a 6 meses (se aplica a todos los niveles) (Estándar)	Una vez cada 6 meses		Una vez cada 6 meses	
	Reparación y mantenimiento de coronas, puentes y prótesis	\$16-120	40%	40%	50%	50%
	Endodoncia	\$120-180	40%	40%	50%	50%
	Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$30-50	40%	40%	50%	50%
	Coronas individuales	\$ 375	40%	40%	50%	50%
Ortodoncia	Límites de Ortodoncia	\$1895-2195 Adultos y niños	No cubierto		50%	50%
					Adultos y niños	
Cuidados cosméticos	Blanqueamiento	\$165	No cubierto (se aplica a todos los niveles)		No cubierto (se aplica a todos los niveles)	

Esta es sólo una lista parcial de los servicios dentales. Su certificado de beneficios mostrará exactamente lo que está cubierto y excluido. \*\*Para los miembros de PPO y/o Indemnización, las coronas, los inlays, los onlays y las carillas labiales están cubiertos sólo cuando son necesarios debido a una caries o lesión u otra patología cuando el diente no puede restaurarse con amalgama o material de limado compuesto. Cuando la cobertura de ortodoncia es sólo para "Niño(s)", el aparato de ortodoncia debe colocarse antes del límite de edad establecido por su plan; Si usted requiere el estatus de tiempo completo para permanecer asegurado después de cierta edad; entonces el mantenimiento de ortodoncia puede continuar mientras se mantenga la condición de estudiante a tiempo completo. Si la cobertura de ortodoncia es para "Adultos y niños", esta limitación no se aplica. \*Anestesia general - aplican restricciones. "Para los miembros de PPO y/o Indemnización, se pueden aplicar restricciones de empastes a los empastes compuestos.

*Este documento es un resumen de las principales características de la cobertura de seguro mencionada. Está destinado únicamente a fines ilustrativos y no constituye un contrato. Los documentos del plan de seguro, incluida la póliza y el certificado, constituyen el contrato de cobertura. La descripción completa del plan, incluidos los beneficios y todos los términos, limitaciones y exclusiones que se aplican, se incluirán en su certificado de seguro. Los documentos del plan son el árbitro final de la cobertura. Los términos de la cobertura pueden variar según el estado y el plan vendido real. Los montos de las primas reflejados en este resumen son una aproximación; si existe discrepancia entre este monto y la prima efectivamente facturada, prevalece esta última.*

Tenga en cuenta: Los detalles del plan que se enumeran aquí son algunos de los servicios más comunes relacionados con la cobertura dental. Los porcentajes de coaseguro para las opciones del plan PPO corresponden a las categorías de cobertura de Cuidados Preventivos, Básicos, Mayores y de Ortodoncia enumerados en la tabla anterior.

Algunos servicios pueden pagarse bajo una categoría diferente a la listada. El coaseguro real que se muestra refleja la cobertura de su plan.



## Nuestro programa de recompensas de salud bucal

### Ayude a fomentar un buen cuidado bucal

La conexión entre el bienestar bucal y general es clara. Visitar al dentista con regularidad puede ayudar a prevenir y detectar las primeras etapas de muchas enfermedades y afecciones. Ayude a sus clientes a promover un buen cuidado bucal con nuestro Programa de Recompensas de Salud Bucal con Transferencia Máxima, una herramienta única que alienta y recompensa a los miembros que visitan al dentista.

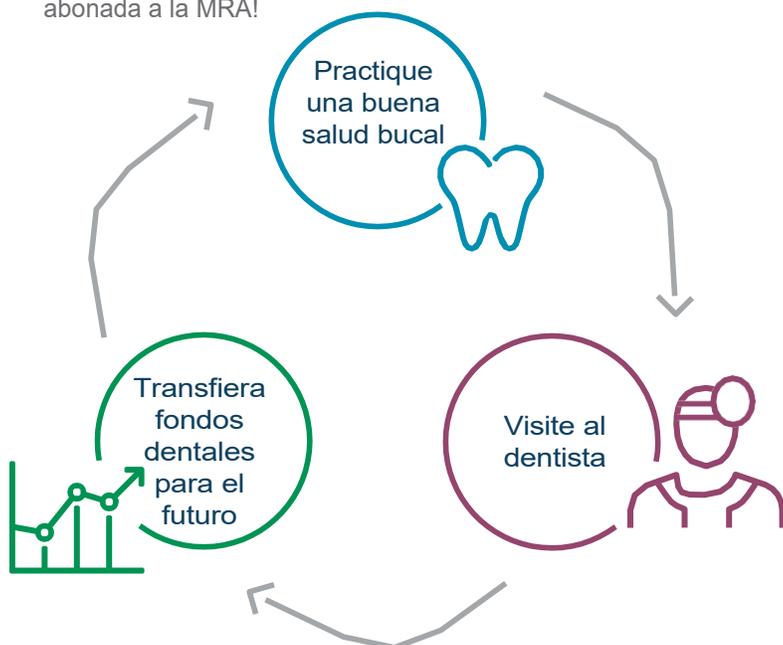
#### Ayude a los empleados a mantener una buena salud

- Los miembros simplemente presentan una reclamación sin exceder el umbral de reclamaciones pagadas durante el año de beneficios.
- Guardian los recompensará mediante la transferencia de una parte de su máximo dental anual no utilizado a su propia Cuenta de Transferencia Máxima (MRA) personal para uso futuro.
- La recompensa se puede usar para complementar los costos de atención dental en el futuro más allá del máximo anual normal del plan.
- ¡Además! Si utilizan los servicios de dentistas dentro de la red exclusivamente durante el año de beneficios, ¡aumentaremos la cantidad abonada a la MRA!



#### Cómo funciona la transferencia máxima

Guardian transferirá una parte del máximo dental anual no utilizado a una cuenta de transferencia máxima personal, que se puede utilizar en años futuros si se alcanza el máximo anual del plan. Como ventaja adicional, se transfiere dinero adicional si se utiliza exclusivamente a dentistas de la red durante el año de beneficios.



Continúe para ver cómo funciona la Transferencia Máxima

## Cómo funciona la transferencia máxima: Ejemplo anual de \$750\*\*

Dependiendo del máximo anual del plan, si los dólares de reclamaciones para el año no superan un cierto umbral, el Monto de Transferencia Máxima establecido (predeterminado en función del máximo anual) puede transferirse.

Máximo anual del plan*	Umbral	Monto de transferencia máxima	Monto de transferencia sólo dentro de la red	Límite máximo de la cuenta de transferencia
\$750	\$300	\$150	\$200	\$500
Reembolso máximo de reclamaciones	Cantidad de reclamaciones que determina la elegibilidad para la transferencia	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros si sólo se usaron proveedores dentro de la red durante el año de beneficios	La Cuenta de Transferencia Máxima no puede exceder \$500

### Ejemplo de plan: máximo anual de \$750

**Primer año:** Juana comienza con un Máximo Anual del Plan de \$750. Ella presenta \$200 en reclamaciones dentales. Dado que no superó el umbral de \$300, recibe una transferencia de \$150 que se aplicará al segundo año.

**Segundo año:** Juana ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$900. Este año, presenta \$250 en reclamaciones y recibe una transferencia adicional de \$150 agregada a su Máximo Anual del Plan.

**Tercer año:** Juana ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$1,050. Este año, presenta \$950 en reclamaciones. Todas las reclamaciones se pagan debido al Monto de Transferencia Máxima acumulado.

**Cuarto año:** El Máximo Anual del Plan de Juana es de \$850 (Máximo Anual del Plan de \$750 + Monto de Transferencia Máxima restante acumulado de \$100).



The Guardian Life Insurance  
Company of America  
New York, NY

guardianlife.com

2019-85822 (09/21)

\* Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO en comparación con los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$500 PPO/\$1000 no PPO), el máximo que no es de PPO determina el plan de Transferencia Máxima. Puede no estar disponible en todos los estados. \*\*Este ejemplo ha sido creado sólo con fines ilustrativos. El Seguro Dental de Guardian está respaldado y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las cláusulas y/o características opcionales pueden incurrir en costos adicionales. Los documentos del plan son el árbitro final de la cobertura. La información proporcionada en esta comunicación es sólo para fines informativos. Formulario de Póliza Dental N° GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America® ©Copyright 2019 The Guardian Life Insurance Company of America.

## Cómo funciona la transferencia máxima: Ejemplo anual de \$1,500\*\*

Dependiendo del máximo anual del plan, si los dólares de reclamaciones para el año no superan un cierto umbral, el Monto de Transferencia Máxima establecido (predeterminado en función del máximo anual) puede transferirse.

Máximo anual del plan*	Umbral	Monto de transferencia máxima	Monto de transferencia sólo dentro de la red	Límite máximo de la cuenta de transferencia
\$1,500	\$700	\$350	\$500	\$1,250
Reembolso máximo de reclamaciones	Cantidad de reclamaciones que determina la elegibilidad para la transferencia	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros si sólo se usaron proveedores dentro de la red durante el año de beneficios	La Cuenta de Transferencia Máxima no puede exceder \$1,250

### Ejemplo de plan: máximo anual de \$1,500

**Primer año:** Juana comienza con un Máximo Anual del Plan de \$1,500. Ella presenta \$150 en reclamaciones dentales. Dado que no superó el umbral de \$700, recibe una transferencia de \$350 que se aplicará al segundo año.

**Segundo año:** Juana ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$1,850. Este año, presenta \$500 en reclamaciones y recibe una transferencia adicional de \$350 agregada a su Máximo Anual del Plan.

**Tercer año:** Juana ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$2,200. Este año, presenta \$2,100 en reclamaciones. Todas las reclamaciones se pagan debido al Monto de Transferencia Máxima acumulado.

**Cuarto año:** El Máximo Anual del Plan de Juana es de \$1,600 (Máximo Anual del Plan de \$1,500 + Monto de Transferencia Máxima restante acumulado de \$100).



The Guardian Life Insurance  
Company of America  
New York, NY  
[guardianlife.com](http://guardianlife.com)

2019-85822 (09/21)

\* Si un plan tiene un máximo anual diferente para los beneficios de PPO en comparación con los beneficios que no son de PPO (por ejemplo, \$1500 PPO/\$1000 no PPO), el máximo que no es de PPO determina el plan de Transferencia Máxima. Puede no estar disponible en todos los estados. \*\*Este ejemplo ha sido creado sólo con fines ilustrativos. El Seguro Dental de Guardian está respaldado y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la póliza. Las cláusulas y/o características opcionales pueden incurrir en costos adicionales. Los documentos del plan son el árbitro final de la cobertura. La información proporcionada en esta comunicación es sólo para fines informativos. Formulario de Póliza Dental N° GP-1-DEN-16. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America® ©Copyright 2019 The Guardian Life Insurance Company of America.

# Galena Park Independent School District



## ¡Bienvenido a Davis Visión!

Nos complace brindarle información sobre su beneficio de visión para ayudarle a cuidar su visión y salud ocular, ¡una parte clave de la salud y el bienestar en general!

### ¡Usar sus beneficios es fácil!

Simplemente inicie sesión en nuestro sitio para miembros en [davisvision.com](http://davisvision.com) y haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor) o llámenos al 1.800.999.5431.

**Pida una cita.** Dígale a su proveedor que es miembro de Davis Vision con cobertura a través de Galena Park Independent School District. Proporcione su número de identificación de miembro, nombre y fecha de nacimiento, y haga lo mismo con sus dependientes cubiertos que buscan servicios de visión. ¡Su proveedor se encargará del resto!

100% OF YOUR CALLS & CLAIMS ARE PROUDLY ADMINISTERED IN THE USA

Tarifas del Empleado	Quincenal	Mensual
Empleado	\$3.51	\$7.02
Empleado + Cónyuge	\$6.32	\$12.64
Empleado + Hijo(s)	\$6.67	\$13.34
Empleado + Familia	\$10.53	\$21.06

## Sus beneficios del Plan Designer de Davis Vision

Beneficio	Frecuencia	Copago dentro de la red	Cobertura dentro de la red
<b>Examen ocular</b>	Una vez cada - 1 de septiembre	\$10	<i>Cubiertos en su totalidad. Incluye dilatación cuando un profesional la indica.</i>
<b>Lentes para gafas</b>	1 de septiembre	\$25	Lentes de plástico transparentes para todas las prescripciones de visión simple, bifocales, trifocales o lenticulares. Cubiertos en su totalidad. (Ver a continuación opciones adicionales de lentes y revestimientos).
<b>Montura</b>	1 de septiembre	\$0	<p><b>Monturas cubiertas en su totalidad:</b> Cualquier montura del nivel Fashion o Designer de la Colección<sup>2</sup> de Davis Vision (valor minorista hasta \$160).</p> <p><b>O, Monto admisible para la montura:</b> \$150 para cualquier montura del proveedor más 20% de descuento en cualquier saldo.<sup>1</sup> No se requiere copago.</p> <p><b>O, Monto admisible para la montura Visionworks:</b> Asignación de \$200 más 20% de descuento en cualquier saldo para cualquier montura de una familia de tiendas de Visionworks.<sup>5</sup> No se requiere copago.</p>
<b>Evaluación de lentes de contacto, ajuste y atención de seguimiento</b>	1 de septiembre	\$25	<p><b>Lentes de contacto de la Colección Davis Vision:</b> Después del copago, cubierto en su totalidad.</p> <p><b>Lentes de contacto no de la Colección<sup>3</sup>:</b> Asignación de \$60 menos el copago más 15 % de descuento en el saldo.<sup>1</sup></p>
<b>Lentes de contacto (en lugar de gafas)</b>	1 de septiembre	\$0	<p>Lentes de contacto cubiertos en su totalidad:</p> <p>Reemplazo planificado</p> <p>Desechables</p> <p>O, asignación para lentes de contacto:</p> <p>O, lentes de contacto necesarios para la visión:</p> <p>De la Colección<sup>2</sup> de Davis Vision, hasta:</p> <p>Cuatro cajas/paquetes múltiples*</p> <p>Ocho cajas/paquetes múltiples*</p> <p>Asignación de \$150 para lentes de contacto del suministro del proveedor más 15 % de descuento en el saldo.<sup>1</sup> No se requiere copago.</p> <p>Cubierto en su totalidad con aprobación previa.</p> <p><small>*La cantidad de cajas de lentes de contacto puede variar según el empaque del fabricante.</small></p>

### ¡Descuentos significativos en monturas, tipos de lente o revestimientos opcionales! Precio para el miembro

Monturas de la Colección de Davis Vision: Fashion   Designer   Premier.....	\$0   \$0   \$25
Coloración de lentes de plástico.....	\$0
Revestimiento resistente a rayas.....	\$0
Revestimiento premium resistente a rayas.....	\$30
Revestimiento ultravioleta.....	\$12
Revestimiento antirreflexivo: Estándar   Premium   Ultra   Ultimate.....	\$35   \$48   \$60   \$85
Lentes de policarbonato.....	\$0 <sup>4</sup> -\$30
Lentes de alto índice 1.67   1.74.....	\$55   \$120
Lentes progresivos: Estándar   Premium   Ultra   Ultimate .....	\$50   \$90   \$140   \$175
Lentes polarizados.....	\$75
Lentes fotocromáticos (p.e. Transitions®, etc.) <sup>6</sup> .....	\$65
Plan de protección contra arañazos: Lentes monofocales   multifocales.....	\$20   \$40
Lentes Trivex .....	\$50
Filtrado de luz azul.....	\$15

<sup>1</sup> Se aplican algunas limitaciones a los descuentos adicionales, los descuentos no se aplican a todos los proveedores dentro de la red

<sup>2</sup> La Colección de Davis Vision está disponible en la mayoría de los establecimientos de proveedores independientes participantes.

<sup>3</sup> Incluye, entre otros, lentes de contacto tóricas, multifocales y permeables a los gases.

<sup>4</sup> Para hijos dependientes, pacientes monoclulares y pacientes con recetas de +/- 6.00 dioptrías o mayores.

<sup>5</sup> Asignación de montura mejorada disponible en todas las ubicaciones de Visionworks en todo el país.

<sup>6</sup> Transitions® es una marca registrada de Transitions Optical Inc.

**Tenga en cuenta:** Su proveedor se reserva el derecho de no proporcionar materiales hasta que todos los costos de miembros, cuotas y copagos aplicables se hayan cobrado. Lentes de contacto: Los exámenes oculares de rutina no incluyen los servicios profesionales para evaluaciones de lentes de contacto. Cualquier cargo aplicable por encima de la asignación de evaluación y ajuste es responsabilidad del miembro. Si se seleccionan los lentes de contacto y se hacen los ajustes a los lentes, estos no se pueden cambiar por gafas. Lentes progresivos: Si usted no puede adaptarse a los lentes de adición progresiva que compró, se le suministrarán lentes bifocales convencionales sin costo adicional; no obstante, no se le reembolsará su copago. No se puede combinar con otros descuentos y ofertas. Le informamos que estas opciones de lentes y copagos se aplican a los beneficios dentro de la red.

### ¡Ahorros adicionales!

Imágenes retinales.....\$39



Nº de ID:  
Nombre:  
Afilación:

Galena Park  
Independent  
School District



Nº de ID:  
Nombre:  
Afilación:

Galena Park  
Independent  
School District

## Preguntas frecuentes

### ¿Cómo puedo comunicarme con Servicios a los miembros?

Llame al 1.800.603.5431 para obtener ayuda automática las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La ayuda directa también está disponible los siete días de la semana: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m. | sábados, de 9 a.m. a 4 p.m. | domingos, de 12 p.m. a 4 p.m. (Hora del este). (Servicios TTY: 1.800.523.2847).

### ¿Qué monturas pertenecen a la Colección de Davis Vision?

Nuestra Colección ofrece una gran selección de monturas modernas y de diseñador, la mayoría de las cuales están cubiertas en su totalidad. No es de extrañar que 8 de cada 10 miembros elijan una montura de la Colección. ¡Ingrese a nuestro sitio web para miembros en [davisvision.com](http://davisvision.com) y eche un vistazo!

### ¿Cuándo recibiré mis gafas?

Sus gafas se enviarán a su proveedor de la red generalmente dentro de un período de cinco días hábiles después de que se reciba el pedido. Las recetas especiales, los revestimientos para lentes, las monturas del proveedor o las monturas que no estén en existencias pueden demorar el tiempo de entrega estándar.

### ¿Necesito un formulario de reclamación?

Sólo se requieren formularios de reclamación si usted visita a un proveedor fuera de la red. Los formularios de reclamación están disponibles en nuestro sitio web para miembros.

### ¿Puedo dividir mis beneficios?

Puede dividir sus beneficios y recibir su examen ocular y sus gafas o lentes de contacto en fechas diferentes o por medio de proveedores en diferentes ubicaciones. Para maximizar el valor de sus beneficios, le recomendamos que obtenga todos los servicios a través de un proveedor de la red.

### ¿Puedo utilizar un proveedor fuera de la red?

Sí; sin embargo, usted recibe el mayor valor seleccionando un proveedor de la red. Si usted sale de la red, pague al proveedor al momento del servicio y luego presente una reclamación a Davis Vision para obtener un reembolso, de hasta los siguientes montos: examen ocular – \$40 | lentes monofocales – \$40 | bifocales – \$60 | trifocales – \$80 | lenticulares – \$100 | montura – \$50 | lentes de contacto electivos – \$105 | lentes de contacto necesarios para la visión – \$225.

### ¿Existe alguna exclusión a los beneficios de visión?

Su plan de visión no cubre el tratamiento médico de enfermedades o lesiones oculares; terapia de la visión; diseños o revestimientos especiales para lentes, que no sean los aquí descritos; reemplazo de gafas extraviadas; lentes sin receta (plano); lentes de contacto y gafas en el mismo ciclo de beneficios; servicios realizados por personal no autorizado; dos pares de gafas en lugar de un par de gafas bifocales.

## ¡SERVICIOS ADICIONALES DE DAVIS VISION!

**Un año de garantía en caso de rotura** Reparación o reemplazo de sus lentes para gafas cubiertos por el plan, de una montura de la Colección o una montura de un establecimiento minorista de la red donde la Colección no se exhibe.

**Mayores beneficios** Acceda a una mayor asignación de monturas visitando una familia de ubicaciones de tiendas de Visionworks<sup>7</sup>.

**Ahorros adicionales** Los miembros recibirán un 50% de descuento en pares completos adicionales de gafas y gafas de sol en Visionworks y un 30% de descuento en otros proveedores participantes en la misma transacción. En caso contrario, se ofrece un 20% de descuento sobre la tarifa usual y habitual del proveedor. Los lentes de contacto están disponibles con un 10% de descuento.<sup>8</sup>

**Lentes de contacto a pedido por correo** La obtención de lentes de contacto de repuesto (después del beneficio inicial) a través del servicio de pedidos por correo [www.DavisVisionContacts.com](http://www.DavisVisionContacts.com) le asegura una compra en línea fácil y conveniente, y un envío rápido y directo a su puerta. Ingrese a nuestro sitio web para miembros para obtener más información.

**Corrección de la vista con láser** Davis Vision le brinda a usted y a sus dependientes elegibles la oportunidad de recibir una corrección de la vista con láser con descuento, a menudo denominada LASIK. Para obtener más información, visite [www.davisvision.com](http://www.davisvision.com).

**Servicios de baja visión** Evaluación integral de baja visión una vez cada cinco años y ayudas para baja visión hasta el máximo del plan. Cubre hasta cuatro visitas de seguimiento en cinco años.

**Salud y bienestar de los ojos** Inicie sesión y obtenga más información acerca de sus ojos, salud y bienestar; enfermedades oculares comunes que pueden dificultar la visión; y sobre lo que puede hacer usted para asegurarse de tener ojos saludables y una vida más sana.

**Para obtener más detalles...** acerca de sus beneficios de visión, los derechos y responsabilidades de los pacientes, o más información sobre Davis Vision, ingrese a nuestro sitio web para miembros o comuníquese con nosotros al 1.800.999.5431.

*Davis Vision se ha esforzado para resumir correctamente las características de su plan de visión en este documento. En caso de que surja un conflicto entre esta información y el contrato de su organización con Davis Vision, prevalecerán los términos y condiciones del contrato.*

<sup>7</sup> Asignación de montura mejorada disponible en todas las ubicaciones de Visionworks en todo el país.

<sup>8</sup> Se aplican algunas limitaciones a los descuentos adicionales, los descuentos no se aplican a todos los proveedores dentro de la red.

Producto totalmente asegurado suscrito por HM Life Insurance Company. Administrado por Davis Vision que pueden operar como Administradores de Seguros de Davis Vision en California.





## Opciones y actualizaciones

### Opciones de lentes

Lentes de plástico transparente monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares (cualquier receta).....	\$0
Lentes de policarbonato (Niños / Adultos) .....	\$0 o \$30
Lentes de alto índice 1.67 .....	\$55
Lentes de alto índice 1.74.....	\$120
Lentes polarizados.....	\$75
Lentes progresivos (Estándar / Premium / Ultra / Ultimate).....	\$50 / \$90 / \$140 / \$175
Revestimiento antirreflectante (RA) (Estándar / Premium / Ultra / Ultimate)...	\$35 / \$48 / \$60 / \$85
Revestimiento ultravioleta.....	\$12
Tintado de lentes de plástico (Sólido / Degradado).....	\$0
Lentes fotocromáticas de plástico (Transitions® Signature™).....	\$65
Revestimiento resistente a los arañazos.....	\$0
Revestimiento premium resistente a los arañazos.....	\$30
Plan de protección contra arañazos (Monofocales   Multifocales).....	\$20   \$40
Lentes Trivex .....	\$50
Filtrado de luz azul.....	\$15

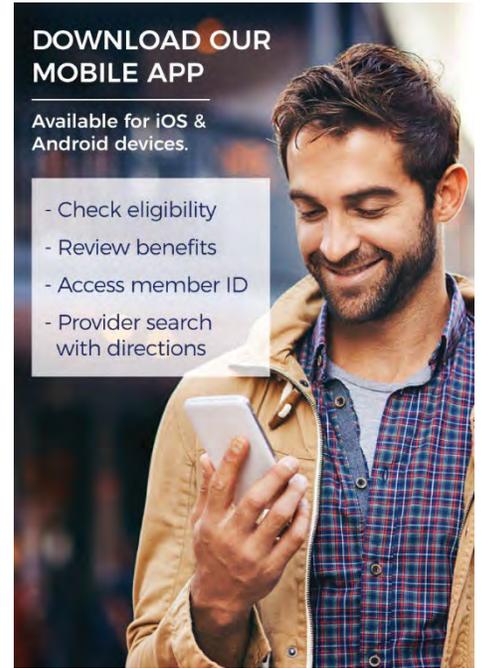
### Ahorros adicionales

Imágenes retinales (cargo para miembros).....	\$39
Pares de gafas adicionales.....	30% de descuento <sup>2</sup>

### DOWNLOAD OUR MOBILE APP

Available for iOS & Android devices.

- Check eligibility
- Review benefits
- Access member ID
- Provider search with directions



Tarifas del Empleado	Quincenal
Empleado	\$3.51
Empleado + Cónyuge	\$6.32
Empleado + Hijo(s)	\$6.67
Empleado + Familia	\$10.53

### Beneficios fuera de la red

Puede recibir servicios de un proveedor fuera de la red, aunque recibirá el mayor valor y maximizará el dinero de sus beneficios si selecciona un proveedor que participe en la red.

Plan de reembolso fuera de la red (hasta)	
Examen ocular: \$40	Lentes trifocales: \$80
Montura: \$50	Lentes lenticulares: \$100
Lentes monofocales: \$40	Lentes de contacto electivos: \$105
Lentes bifocales / progresivos: \$60	Lentes de contacto necesarios para la visión: \$225

1. No incluye gafas Maui Jim®. 2. Se aplican algunas limitaciones a los descuentos adicionales; descuentos no aplicables en todos los proveedores dentro de la red. 3. La cobertura de los lentes de contacto varía según la selección del producto. Los lentes de contacto necesarios para la visión están cubiertos en su totalidad con aprobación previa. 4. La Colección Exclusiva de Lentes de Contacto de Davis Vision está disponible en los proveedores participantes. La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento para los lentes de contacto de la Colección están cubiertos en su totalidad. Davis Vision ha hecho todo lo posible para reflejar con precisión la cobertura del plan en este documento. Si existen diferencias entre este documento y el contrato del plan, prevalecerá el contrato.



Contáctenos... En cualquier momento, en cualquier lugar

Soluciones confidenciales y sin costo para los desafíos de la vida.

## Apoyo emocional confidencial



Nuestros médicos altamente capacitados escucharán sus inquietudes y le ayudarán a usted o a los miembros de su familia con cualquier problema, que incluye:

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdida y ajustes de la vida
- Relaciones/conflictos maritales

## Soluciones de equilibrio entre el trabajo y la vida familiar



Nuestros especialistas brindan referencias calificadas y recursos para casi cualquier cosa en su lista de tareas pendientes, como:

- Encontrar cuidado de niños y ancianos
- Contratación de empresas de mudanzas o contratistas de reparación de viviendas
- Planificación de eventos, localización de cuidado de mascotas

## Orientación jurídica



Hable con nuestros abogados para obtener asistencia práctica con sus problemas legales más urgentes, que incluyen:

- Divorcio, adopción, derecho familiar, testamentos, fideicomisos y más

¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratuita de 30 minutos y una reducción del 25% en las tarifas.

## Recursos financieros



Nuestros expertos financieros pueden ayudarle con una amplia gama de problemas. Hable con nosotros sobre:

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Reubicación, hipotecas, seguros
- Presupuesto, deuda, quiebra y más

## Soporte en línea



GuidanceResources® Online es su enlace las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a información, herramientas y soporte vitales. Inicie sesión para:

- Artículos, podcasts, vídeos, presentaciones de diapositivas
- Capacitaciones a pedido
- Respuestas personales a sus preguntas ("Pregunte al experto")

## Curby C. Rogers

Galena Park I.S.D.

Especialista Licenciada en Salud Mental y Apoyo Estudiantil

ccrogers@galenaparkisd.com

832-386-1319

## Holli L. Sherrard

Galena Park I.S.D.

Directora de Beneficios para Empleados  
hsherrard@galenaparkisd.com

832-386-1507

COMPSYCH®  
GuidanceResources® Worldwide

Su programa GuidanceResources® de ComPsych® ofrece alguien con quien hablar y recursos para consultar cuando y donde los necesite.

Llame: 800.272.7255

TTY: 800.697.0353

Su número gratuito le brinda acceso directo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a un GuidanceConsultant<sup>SM</sup>, quien contestará sus preguntas y, si es necesario, lo derivará a un asesor u otros recursos.

En línea: [guideresources.com](http://guideresources.com)

Aplicación: GuidanceResources® Now  
Identificación web: COM589

Inicie sesión hoy para conectarse directamente con un GuidanceConsultant sobre su problema o para consultar artículos, podcasts, vídeos y otras herramientas útiles.

# Soporte, recursos e información 24/7

Comuníquese con su Programa  
GuidanceResources®

Llame: 800.272.7255

TTY: 800.697.0353

En línea: [guidanceresources.com](http://guidanceresources.com)

Aplicación: GuidanceResources® Now  
Identificación web: COM5893



**RESUMEN DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS GRUPALES  
para GALENA PARK ISD / TEEBC TRUST F021842 - 19135**

La muerte de un proveedor familiar puede significar que una familia no sólo se enfrentará a la pérdida de un ser querido, sino también a la pérdida de seguridad financiera. Con nuestro plan de Seguro de Vida Temporal Grupal, un empleado puede lograr la tranquilidad de brindar a su familia la seguridad en la que pueden confiar.

**SEGURO BÁSICO DE VIDA TEMPORAL/AD&D GRUPAL PAGADO POR EL EMPLEADOR**

<b>Elegibilidad</b>	Todos los Empleados Activos a Tiempo Completo que trabajan regularmente 20 horas por semana son elegibles para el seguro el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
<b>Beneficio de Vida Temporal/AD&amp;D Grupal:</b>	\$25,000
<b>Monto de Emisión Garantizada – Empleado</b>	\$25,000
<b>Cronograma de reducción según la edad</b>	Los beneficios de vida y AD&D se reducen en un 50% del monto original a los 70 años. Los beneficios terminan al jubilarse.
<b>Renuncia a la prima</b>	Si un empleado no puede participar en ninguna ocupación como resultado de una lesión o enfermedad durante un mínimo de 9 meses, antes de los 60 años, se renunciará a la prima del beneficio del seguro de vida del empleado hasta que el empleado ya no esté discapacitado o cumpla los 65 años, lo que ocurra primero.
<b>Definición de discapacidad</b>	Diagnosticado por un médico de ser completamente incapaz, debido a una enfermedad o lesión, de participar en cualquier ocupación por salario o ganancia o cualquier ocupación para la cual esté calificado por educación, capacitación o experiencia.
<b>Beneficio por muerte acelerada (ADB)</b>	A solicitud del empleado, este beneficio paga una suma global de hasta el 75% del seguro de Vida del empleado, si se le diagnostica una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de 12 meses o menos. Mínimo: \$7,500. Máximo: \$250,000. El ADB reducirá el monto del seguro de vida temporal grupal que de otro modo se pagaría al fallecer el empleado.
<b>Privilegio de conversión</b>	Incluido.
<b>Servicios de recursos para beneficiarios</b>	Incluye asesoramiento por duelo, legal y financiero para los beneficiarios, planificación funeraria; y biblioteca jurídica en línea, que incluye plantillas para crear un testamento legal y otros documentos legales.
<b>Servicios de recursos de viaje</b>	Ayuda a los viajeros a lidiar con lo inesperado que puede ocurrir durante el viaje. Los servicios incluyen asistencia médica de emergencia, asistencia financiera, legal y de comunicación, y acceso a otros servicios y recursos críticos disponibles a través de Internet.

Este texto es sólo para fines ilustrativos. Es posible que las pólizas de seguro de discapacidad y de vida a las que se hace referencia no estén disponibles en todos los estados. Todas las pólizas están sujetas a limitaciones de emisión, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones preexistentes. Sólo la póliza puede proporcionar los términos reales de la cobertura.

Productos de seguros emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.



## RESUMEN DEL PROGRAMA DE SEGURO GRUPAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El Seguro Grupal de AD&D es un beneficio por muerte adicional que se paga en caso de que un empleado cubierto muera o sea desmembrado en un accidente cubierto. El beneficio de AD&D es una cobertura de 24 horas.

Lista de Pérdidas AD&D*	Suma principal
Pérdida de vida	100%
Pérdida de ambas manos o ambos pies	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida del habla y la audición	100%
Pérdida de la vista en ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y de la vista en un ojo	100%
Pérdida de un pie y de la vista en un ojo	100%
Quadriplegia	100%
Paraplejía	75%
Hemiplejía	50%
Pérdida de la vista en un ojo	50%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida del habla o la audición	50%
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano	25%
Uniplejía	25%

\* La pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días del accidente.

### Características del producto AD&D incluidas:

- Beneficios de cinturones de seguridad y bolsas de aire
- Beneficio de repatriación
- Beneficio de educación

**Exclusiones** – A menos que esté específicamente cubierto en la póliza, o requerido por la ley estatal, no pagaremos ningún beneficio de AD&D por ninguna pérdida que, directa o indirectamente, resulte de alguna manera de o a la que contribuya:

1. enfermedad de la mente o del cuerpo, o cualquier tratamiento de las mismas;
2. infecciones, excepto las de un corte o herida accidental;
3. suicidio o intento de suicidio;
4. lesiones autoinfligidas intencionalmente;
5. guerra o acto de guerra;
6. viaje o vuelo en cualquier aeronave mientras sea miembro de la tripulación;
7. comisión o participación en un delito grave;
8. bajo la influencia de ciertas drogas, narcóticos o alucinógenos, a menos que se usen correctamente según lo prescrito por un médico; o
9. intoxicación según se define en la jurisdicción donde ocurrió el accidente;
10. participación en un motín.

Este texto es sólo para fines ilustrativos. Es posible que las pólizas de seguro de discapacidad y de vida a las que se hace referencia no estén disponibles en todos los estados. Todas las pólizas están sujetas a limitaciones de emisión, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones preexistentes. Sólo la póliza puede proporcionar los términos reales de la cobertura.

Productos de seguros emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.



**RESUMEN DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS  
para GALENA PARK ISD / TEEBC TRUST F021842 - 19135**

**SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA TEMPORAL/AD&D GRUPAL**

<b>Elegibilidad</b>	Todos los Empleados Activos a Tiempo Completo que trabajan regularmente 20 horas por semana son elegibles para el seguro el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
<b>Beneficio de Seguro de Vida Temporal/ AD&amp;D Grupal: Empleado</b>	\$10,000 - \$300,000, en incrementos de \$10,000. Durante un Período de Inscripción Anual, la cobertura actual se puede aumentar en \$20,000 pero sin exceder el Monto de Emisión Garantizada.
<b>Monto de Emisión Garantizada – Empleado</b>	\$200,000, sin exceder 3 veces las ganancias anuales
<b>Beneficio de Seguro de Vida Temporal Grupal: Cónyuge (incluye parejas de hecho)</b>	\$5,000 - \$50,000, en incrementos de \$5,000, sin exceder el 50% del monto del beneficio del empleado.
<b>Monto de Emisión Garantizada – Cónyuge</b>	\$30,000
<b>Beneficio de Seguro de Vida Temporal Grupal: Hijo(s)</b>	Nacido vivo hasta los 14 días - \$100; 15 días hasta los 26 años - \$5,000 o \$10,000
<b>Cronograma de reducción según la edad</b>	Los beneficios del Seguro de Vida Temporal Grupal Básico del Empleado y Suplementario del Empleado y Cónyuge se reducen en un 50% del monto original a los 70 años. Los beneficios terminan al jubilarse.
<b>Contribución del empleado</b>	100%
<b>Renuncia a la prima</b>	Si un empleado no puede participar en ninguna ocupación como resultado de una lesión o enfermedad durante un mínimo de 9 meses, antes de los 60 años, se renunciará a la prima del beneficio del seguro de vida del empleado hasta que el empleado ya no esté discapacitado o cumpla los 65 años, lo que ocurra primero.
<b>Beneficio por muerte acelerada (ADB)</b>	A solicitud del empleado, este beneficio paga una suma global de hasta el 75% del seguro de Vida del empleado, si se le diagnostica una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de 12 meses o menos. Mínimo: \$7,500. Máximo: \$250,000. El ADB reducirá el monto del seguro de vida temporal grupal que de otro modo se pagaría al fallecer el empleado.
<b>Función de transferibilidad (cobertura de vida)</b>	Incluida. (Empleado)
<b>Privilegio de conversión (cobertura de vida)</b>	Incluido.
<b>Exclusiones</b>	La exclusión por suicidio de un año se aplica a la cobertura de vida temporal grupal suplementaria. Las exclusiones de AD&D son las mismas que las exclusiones del seguro básico de AD&D.

Este texto es sólo para fines ilustrativos. Es posible que las pólizas de seguro de discapacidad y de vida a las que se hace referencia no estén disponibles en todos los estados. Todas las pólizas están sujetas a limitaciones de emisión, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones preexistentes. Sólo la póliza puede proporcionar los términos reales de la cobertura.

Productos de seguros emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

**SEGURO DE VIDA Y AD&D GRUPAL SUPLEMENTARIO**

CUADRO DE PRIMAS

Galena Park ISD / TEEBC Trust F021842 - 19135



BlueCross BlueShield  
of Texas

**Elegibilidad** En vigor el 1 de noviembre de 2021

Todos los Empleados Activos a Tiempo Completo que trabajan regularmente 20 horas por semana son elegibles para el seguro el primer día del mes siguiente o que coincida con la fecha de contratación.

**Seguro de Vida/AD&D Suplementario**

Beneficio del Empleado: **\$10,000 - \$300,000 en incrementos de \$10,000**

Durante un Período de Inscripción Anual, la cobertura actual se puede aumentar en \$20,000 pero sin exceder el Monto de Emisión Garantizada.

Beneficio del Cónyuge: **\$5,000 - \$50,000 en incrementos de \$5,000, pero sin exceder el 50% del beneficio del empleado.**

(Sólo Vida)  
Nota: Es posible que el cónyuge no tenga cobertura a menos que el empleado tenga cobertura.

**Emisión Garantizada sólo para nuevos empleados:**

Empleado: **\$200,000 sin exceder 3 veces las ganancias anuales**

Cónyuge: **\$30,000**

**Cobertura de los Hijos (Sólo Vida)**

Nacido vivo a 14 días: **\$100**

15 días hasta los 26 años: **Elección de \$5,000 o \$10,000**

Los beneficios de Vida y AD&D del Empleado y los beneficios de Vida del Cónyuge se reducen en un 50% del monto original a los 70 años. Todos los beneficios terminan al jubilarse.

**Cuadro de Tarifas**

<b>EMPLEADO</b>
Vida/AD&D Suplementario
Tarifas mensuales por \$1,000
<b>\$0.236</b>
<b>CÓNYUGE</b>
Sólo Vida Suplementario
Tarifas mensuales por \$1,000
<b>\$0.296</b>
<b>Sólo Vida de Dependientes (Hijos) Suplementario</b>
Tarifas mensuales por \$1,000
<b>\$0.056</b>

**\*\*Los empleados que actualmente están inscritos en el Plan de Vida Suplementario pueden aumentar su cobertura en \$20,000 durante la Inscripción Anual sin exceder el Monto de Emisión Garantizada.**

**Costo Quincenal de la Prima del Seguro de Vida/AD&D Suplementario del Empleado (Basado en 24 deducciones de nómina por año)**

Monto del Beneficio	Quincenal	Monto del Beneficio	Quincenal
\$10,000	\$1.18	\$110,000	\$12.98
\$20,000	\$2.36	\$120,000	\$14.16
\$30,000	\$3.54	\$130,000	\$15.34
\$40,000	\$4.72	\$140,000	\$16.52
\$50,000	\$5.90	\$150,000	\$17.70
\$60,000	\$7.08	\$160,000	\$18.88
\$70,000	\$8.26	\$170,000	\$20.06
\$80,000	\$9.44	\$180,000	\$21.24
\$90,000	\$10.62	\$190,000	\$22.42
\$100,000	\$11.80	\$200,000	\$23.60

**Costo Quincenal de la Prima del Seguro de Vida Suplementario del Cónyuge**

Monto del Beneficio	Quincenal
\$5,000	\$0.74
\$10,000	\$1.48
\$15,000	\$2.22
\$20,000	\$2.96
\$25,000	\$3.70
\$30,000	\$4.44

**Costo Quincenal del Seguro de Vida Suplementario de los Hijos**

Monto del Beneficio	Quincenal
\$5,000	\$0.14
\$10,000	\$0.28

Productos de seguros emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Las disposiciones de la póliza pueden variar según el estado. Consulte un certificado o folleto de inscripción para obtener detalles sobre las características y limitaciones de la cobertura.



# ¡GUAU! ¡UN SEGURO DE VIDA QUE USTED PUEDE CONSERVAR!



## ASPECTOS DESTACADOS DEL SEGURO DE VIDA para el empleado



**Es asequible**  
Usted es dueño de la póliza



**Puede llevarlo consigo**  
cuando cambie de trabajo o se jubile



**Puede cubrir a su cónyuge, sus hijos y también sus nietos<sup>1</sup>**



**Puede obtener un beneficio de vida si tiene una enfermedad terminal<sup>2</sup>**



**Lo paga a través de convenientes deducciones de nómina: sin tener que escribir cheques o hacer clic en enlaces**



**Puede obtener dinero en efectivo para cubrir los gastos de manutención si tiene una enfermedad crónica<sup>3</sup>**



**Puede calificar contestando sólo 3 preguntas - sin examen ni agujas**

Durante los últimos seis meses, el asegurado propuesto:

1. ¿Ha estado activamente en el trabajo a tiempo completo, realizando tareas habituales?
2. ¿Se ha ausentado del trabajo por enfermedad o tratamiento médico por un período de más de 5 días hábiles consecutivos?
3. ¿Ha estado discapacitado o ha recibido pruebas, tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital o en un hogar de ancianos o ha recibido quimioterapia, terapia hormonal para el cáncer, radiación, tratamiento de diálisis o tratamiento por abuso de alcohol o drogas?



# TEXASLIFE INSURANCE COMPANY

Since 1901 | 900 WASHINGTON | POST OFFICE BOX 830 | WACO, TEXAS 76703-0830

# BENEFICIOS ADICIONALES DE LA PÓLIZA

## Cláusula adicional de beneficio acelerado por muerte debido a una enfermedad crónica

Opcional para los empleados a un costo adicional, este valioso beneficio de vida puede ayudar a compensar los gastos de atención no planificados en caso de que el asegurado enfrente una enfermedad crónica incapacitante o un deterioro cognitivo grave.

Así es cómo funciona:

- Si ya no puede realizar dos de las seis actividades de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, asearse, trasladarse, mantener la continencia) o si sufre un deterioro cognitivo grave, puede recibir un beneficio de vida.<sup>4</sup>
  - Ejemplo: Usted es dueño de una póliza de seguro de Texas Life de \$100,000 con la cláusula adicional para Enfermedades Crónicas. Un profesional médico certifica que ya no puede realizar 2 de las 6 actividades o ha sufrido un deterioro cognitivo grave, puede recibir \$92,000 menos una tarifa de procesamiento de \$150.<sup>3</sup>
- El dinero es suyo para hacer lo que elija: no tiene que ir a un asilo de ancianos, centro de convalecencia o recibir atención médica en el hogar para recibir el efectivo.
- El costo de agregar este valioso beneficio de vida a su póliza de seguro de vida es mínimo – sólo el 10% de la prima base de la póliza.

---

*Por centavos al día, puede obtener un beneficio de vida, si lo necesita, y un beneficio de muerte si no lo necesita.*

---

1 Cobertura no disponible para hijos en WA o nietos en WA o MD. En MD, los hijos deben residir con el solicitante para ser elegibles para la cobertura.

2 Se aplican condiciones. Consulte la cláusula adicional para más detalles. Formulario ICC07-ULABR-07 o Serie de Formularios ULABR-07.

3 La Cláusula Adicional de Beneficio Acelerado por Muerte para Enfermedades Crónicas está disponible por un costo adicional sólo para empleados. Esta cláusula adicional paga el 92% de los ingresos del seguro menos una tarifa administrativa de \$150 (\$100 en FL) en lugar del beneficio pagadero en caso de fallecimiento. Se aplican condiciones. Cualquier préstamo pendiente reducirá el valor en efectivo y el beneficio por fallecimiento. Formulario de Contrato ICC15-ULABR-CI-15 o Serie de Formularios ULABR-CI-15.

4 Las seis actividades de la vida diaria incluyen: bañarse, continencia, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse. Deterioro Cognitivo Severo significa un deterioro o pérdida en la capacidad intelectual que: (1) pone al Asegurado en peligro de dañarse a sí mismo o a otros y, por lo tanto, el Asegurado requiere Supervisión Sustancial por parte de otra persona; y (2) se mide por evidencia clínica y pruebas estandarizadas que miden de manera confiable el deterioro en: (a) la memoria a corto o largo plazo; (b) orientación a personas, lugares o tiempo; y (c) razonamiento deductivo o abstracto.



DO NOT CROSS

## Cláusula adicional de beneficio por muerte accidental

Incluido en el contrato a opción de su empleador, la Cláusula Adicional de Beneficio por Muerte Accidental cubre a todos los empleados y cónyuges entre las edades de 17 a 59 años.<sup>6</sup> Esta cláusula adicional cuesta \$0.08 por mil dólares del monto nominal por mes y le paga al beneficiario del asegurado el doble del beneficio por muerte si el asegurado muere dentro de los 180 días posteriores a un accidente debido a las lesiones sufridas en ese accidente (90 días en DE, FL, ND y SD).<sup>7</sup> El beneficio es pagadero hasta los 65 años de edad del asegurado. Se aplican límites máximos vigentes y exclusiones. Consulte la lista completa de excepciones a la cobertura en la siguiente página.

---

*Según el Centro para el Control de Enfermedades, los accidentes son la tercera causa principal de muerte en los EE. UU.<sup>5</sup>*

---

5 Heron, Melonie, PhD. "Deaths: Leading Causes for 2017." National Vital Statistics Reports, Tomo 68, Número 6, 24 de junio de 2019.

6 Disponible para hijos y nietos de 17 a 26 años de edad.

7 Los detalles de la cláusula adicional varían según el estado. Se aplican condiciones. Consulte el contrato para obtener una descripción completa de la cobertura. Formulario ICC07-ULABR-07 o Serie de Formularios ULABR-07

PureLife-plus es un Seguro de Vida Ajustable con Prima Flexible hasta los 121 años. Al igual que con la mayoría de los productos de seguro de vida, los contratos y las cláusulas adicionales de Texas Life contienen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, períodos de espera y términos para mantenerlos vigentes. Comuníquese con un representante de Texas Life o consulte el folleto de PureLife-plus para conocer los costos y los detalles completos. Formulario de contrato ICC18-PRFNG-NI-18 o Serie de Formularios PRFNG-NI-18. Texas Life tiene licencia para hacer negocios en el Distrito de Columbia y en todos los estados excepto Nueva York.

# EXCEPCIONES A LA COBERTURA DE LA CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Las siguientes excepciones a la cobertura se aplican a estos estados: AK, AL, AR, AZ, CO, CT, DC, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MS, MT, NC, NE, NH, NJ, NM, NV, OH, OK, OR, PA, RI, SC, TN, TX, UT, VA, VT, WA, WI, WV, WY

<ul style="list-style-type: none"> <li>a) guerra o cualquier acto atribuible a la guerra, esté o no el Asegurado prestando el servicio militar;</li> <li>b) participar o involucrarse en un motín;</li> <li>c) el suicidio o cualquier intento de suicidio, ya sea durante estado de cordura o demencia;</li> <li>d) enfermedad o dolencia corporal o mental o dolencia de cualquier tipo;</li> <li>e) participación en una ocupación o actividad ilegal;</li> <li>f) cualquier causa, si la muerte se produjo mientras el Asegurado se encuentra encarcelado;</li> <li>g) un accidente cuya causa or factor contribuyente es la intoxicación según lo definido por la jurisdicción en la que ocurrió la muerte;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>h) tomar cualquier veneno, droga o sedante, a menos que tal droga o sedante se haya tomado según lo prescrito;</li> <li>i) asfixia por inhalación de gas, excepto la inhalación accidental de gas en el curso del empleo del Asegurado;</li> <li>j) operar o viajar en, o descender de cualquier tipo de aeronave si el Asegurado es un piloto, oficial o miembro de la tripulación de la aeronave, o está dando o recibiendo cualquier tipo de entrenamiento o instrucción, o tiene alguna obligación a bordo de la aeronave o deberes que requieran descender de ellos.</li> </ul>
---	---

**En SD, esta disposición no cubre la muerte que resulte de alguna de las siguientes causas:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>a) guerra o cualquier hecho atribuible a la guerra, esté o no el asegurado en el servicio militar;</li> <li>b) suicidio o cualquier tentativa de suicidio, mientras esté mentalmente sano;</li> <li>c) enfermedades corporales o dolencias de cualquier tipo;</li> <li>d) cometer un delito grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) operar o descender de cualquier tipo de aeronave si el Asegurado es un piloto, oficial o miembro de la tripulación de la aeronave, o está dando o recibiendo algún tipo de entrenamiento o instrucción, o tiene alguna tarea a bordo de la aeronave o deberes que requieran descender de la misma.</li> </ul>
---	---

**En DE, FL, ND, esta disposición no cubre la muerte que resulte de cualquiera de las siguientes causas:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>a) una lesión corporal accidental que ocurra, fuera de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, la Zona del Canal de Panamá, la República de Panamá y Canadá, mientras esté en servicio militar para cualquier país en guerra;</li> <li>b) guerra o cualquier acto atribuible a la guerra, esté o no el Asegurado en el servicio militar;</li> <li>c) participar o involucrarse en un motín;</li> <li>d) suicidio o cualquier intento de cometer suicidio, estando cuerdo o demente;</li> <li>e) dolencia física o mental o enfermedad o dolencia de cualquier tipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>f) cometer o intentar cometer un delito grave;</li> <li>g) tomar cualquier veneno, droga o sedante, a menos que tal droga o sedante haya sido tomada según lo prescrito por un médico para el Asegurado;</li> <li>h) asfixia por inhalación de gas, excepto la inhalación accidental de gas en el curso del empleo del Asegurado;</li> <li>i) operar o viajar en, o descender de cualquier tipo de aeronave si el Asegurado es un piloto, oficial o miembro de la tripulación de la aeronave, o está dando o recibiendo cualquier tipo de entrenamiento o instrucción, o tiene alguna obligación a bordo de la aeronave o deberes que requieran descender de ellos.</li> </ul>
--	---

**PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Tabaco — Emisión Exprés**

Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59) y Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica (todas las edades)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	71
21-22		19.38	36.50	53.63	70.75	105.00	139.25	173.50	207.75	71
23		20.20	38.15	56.10	74.05	109.95	145.85	181.75	217.65	72
24-25		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	71
26		21.30	40.35	59.40	78.45	116.55	154.65	192.75	230.85	72
27-28		21.85	41.45	61.05	80.65	119.85	159.05	198.25	237.45	71
29		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	71
30-31		24.88	47.50	70.13	92.75	138.00	183.25	228.50	273.75	72
32		25.70	49.15	72.60	96.05	142.95	189.85	236.75	283.65	72
33		25.98	49.70	73.43	97.15	144.60	192.05	239.50	286.95	72
34		26.25	50.25	74.25	98.25	146.25	194.25	242.25	290.25	71
35		28.18	54.10	80.03	105.95	157.80	209.65	261.50	313.35	72
36		29.00	55.75	82.50	109.25	162.75	216.25	269.75	323.25	72
37		30.93	59.60	88.28	116.95	174.30	231.65	289.00	346.35	73
38		31.75	61.25	90.75	120.25	179.25	238.25	297.25	356.25	73
39		33.95	65.65	97.35	129.05	192.45	255.85	319.25	382.65	74
40	16.14	36.98	71.70	106.43	141.15	210.60	280.05	349.50	418.95	76
41	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	77
42	18.34	42.48	82.70	122.93	163.15	243.60	324.05	404.50	484.95	78
43	19.88	46.33	90.40	134.48	178.55	266.70	354.85	443.00	531.15	80
44	20.65	48.25	94.25	140.25	186.25	278.25	370.25	462.25	554.25	80
45	21.75	51.00	99.75	148.50	197.25	294.75	392.25	489.75	587.25	81
46	22.63	53.20	104.15	155.10	206.05	307.95	409.85	511.75	613.65	81
47	23.73	55.95	109.65	163.35	217.05	324.45	431.85	539.25	646.65	82
48	24.72	58.43	114.60	170.78	226.95	339.30	451.65	564.00	676.35	82
49	26.15	62.00	121.75	181.50	241.25	360.75	480.25	599.75	719.25	83
50	27.36	65.03	127.80	190.58	253.35					83
51	28.57	68.05	133.85	199.65	265.45					83
52	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					84
53	31.87	76.30	150.35	224.40	298.45					85
54	33.30	79.88	157.50	235.13	312.75					85
55	34.84	83.73	165.20	246.68	328.15					85
56	36.60	88.13	174.00	259.88	345.75					85
57	38.36	92.53	182.80	273.08	363.35					86
58	40.23	97.20	192.15	287.10	382.05					86
59	42.10	101.88	201.50	301.13	400.75					86
60	43.28	104.83	207.40	309.98	412.55					86
61	45.81	111.15	220.05	328.95	437.85					86
62	48.23	117.20	232.15	347.10	462.05					87
63	50.65	123.25	244.25	365.25	486.25					87
64	53.07	129.30	256.35	383.40	510.45					87
65	55.71	135.90	269.55	403.20	536.85					87
66	58.57									88
67	61.65									88
68	64.84									88
69	68.25									88
70	71.88									89

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".

**PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Tabaco — Emisión Exprés**

Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20				17.25	20.25	23.25	26.25	29.25	32.25	71
21-22				18.00	21.15	24.30	27.45	30.60	33.75	71
23				18.75	22.05	25.35	28.65	31.95	35.25	72
24-25				19.25	22.65	26.05	29.45	32.85	36.25	71
26				19.75	23.25	26.75	30.25	33.75	37.25	72
27-28				20.25	23.85	27.45	31.05	34.65	38.25	71
29				20.50	24.15	27.80	31.45	35.10	38.75	71
30-31				23.00	27.15	31.30	35.45	39.60	43.75	72
32				23.75	28.05	32.35	36.65	40.95	45.25	72
33				24.00	28.35	32.70	37.05	41.40	45.75	72
34				24.25	28.65	33.05	37.45	41.85	46.25	71
35		16.50	21.25	26.00	30.75	35.50	40.25	45.00	49.75	72
36		16.95	21.85	26.75	31.65	36.55	41.45	46.35	51.25	72
37		18.00	23.25	28.50	33.75	39.00	44.25	49.50	54.75	73
38		18.45	23.85	29.25	34.65	40.05	45.45	50.85	56.25	73
39		19.65	25.45	31.25	37.05	42.85	48.65	54.45	60.25	74
40	14.95	21.30	27.65	34.00	40.35	46.70	53.05	59.40	65.75	76
41	15.85	22.65	29.45	36.25	43.05	49.85	56.65	63.45	70.25	77
42	16.95	24.30	31.65	39.00	46.35	53.70	61.05	68.40	75.75	78
43	18.35	26.40	34.45	42.50	50.55	58.60	66.65	74.70	82.75	80
44	19.05	27.45	35.85	44.25	52.65	61.05	69.45	77.85	86.25	80
45	20.05	28.95	37.85	46.75	55.65	64.55	73.45	82.35	91.25	81
46	20.85	30.15	39.45	48.75	58.05	67.35	76.65	85.95	95.25	81
47	21.85	31.65	41.45	51.25	61.05	70.85	80.65	90.45	100.25	82
48	22.75	33.00	43.25	53.50	63.75	74.00	84.25	94.50	104.75	82
49	24.05	34.95	45.85	56.75	67.65	78.55	89.45	100.35	111.25	83
50	25.15	36.60	48.05	59.50						83
51	26.25	38.25	50.25	62.25						83
52	27.85	40.65	53.45	66.25						84
53	29.25	42.75	56.25	69.75						85
54	30.55	44.70	58.85	73.00						85
55	31.95	46.80	61.65	76.50						85
56	33.55	49.20	64.85	80.50						85
57	35.15	51.60	68.05	84.50						86
58	36.85	54.15	71.45	88.75						86
59	38.55	56.70	74.85	93.00						86
60	39.55	58.20	76.85	95.50						86
61										86
62										87
63										87
64										87
65										87
66										88
67										88
68										88
69										88
70										89

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".

PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Sin Tabaco — Emisión Exprés

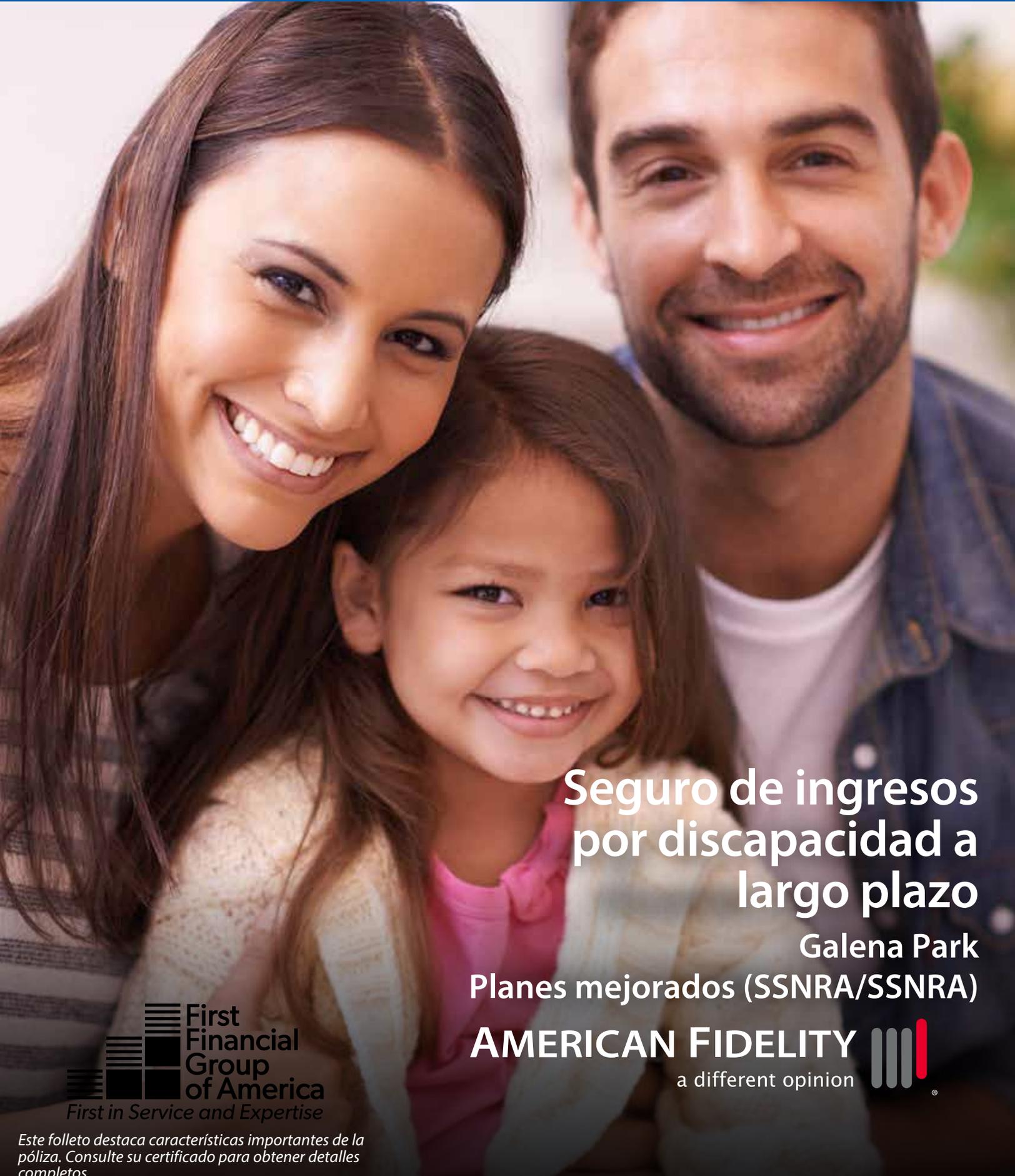
Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59) y Beneficio Acelerado por Muerte por Enfermedad Crónica (todas las edades)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20		13.05	23.85	34.65	45.45	67.05	88.65	110.25	131.85	75
21-22		13.33	24.40	35.48	46.55	68.70	90.85	113.00	135.15	74
23		13.60	24.95	36.30	47.65	70.35	93.05	115.75	138.45	75
24-25		13.88	25.50	37.13	48.75	72.00	95.25	118.50	141.75	74
26		14.43	26.60	38.78	50.95	75.30	99.65	124.00	148.35	75
27-28		14.70	27.15	39.60	52.05	76.95	101.85	126.75	151.65	74
29		14.98	27.70	40.43	53.15	78.60	104.05	129.50	154.95	74
30-31		15.25	28.25	41.25	54.25	80.25	106.25	132.25	158.25	73
32		16.08	29.90	43.73	57.55	85.20	112.85	140.50	168.15	74
33		16.63	31.00	45.38	59.75	88.50	117.25	146.00	174.75	74
34		17.45	32.65	47.85	63.05	93.45	123.85	154.25	184.65	75
35		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	76
36		19.10	35.95	52.80	69.65	103.35	137.05	170.75	204.45	76
37		19.93	37.60	55.28	72.95	108.30	143.65	179.00	214.35	77
38		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	77
39		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	78
40	10.75	23.50	44.75	66.00	87.25	129.75	172.25	214.75	257.25	79
41	11.52	25.43	48.60	71.78	94.95	141.30	187.65	234.00	280.35	80
42	12.40	27.63	53.00	78.38	103.75	154.50	205.25	256.00	306.75	81
43	13.17	29.55	56.85	84.15	111.45	166.05	220.65	275.25	329.85	82
44	13.94	31.48	60.70	89.93	119.15	177.60	236.05	294.50	352.95	83
45	14.71	33.40	64.55	95.70	126.85	189.15	251.45	313.75	376.05	83
46	15.59	35.60	68.95	102.30	135.65	202.35	269.05	335.75	402.45	84
47	16.36	37.53	72.80	108.08	143.35	213.90	284.45	355.00	425.55	84
48	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	85
49	18.12	41.93	81.60	121.28	160.95	240.30	319.65	399.00	478.35	85
50	19.22	44.68	87.10	129.53	171.95					86
51	20.54	47.98	93.70	139.43	185.15					87
52	21.97	51.55	100.85	150.15	199.45					88
53	23.07	54.30	106.35	158.40	210.45					88
54	24.17	57.05	111.85	166.65	221.45					88
55	25.38	60.08	117.90	175.73	233.55					89
56	26.48	62.83	123.40	183.98	244.55					89
57	27.80	66.13	130.00	193.88	257.75					89
58	29.01	69.15	136.05	202.95	269.85					89
59	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					89
60	31.18	74.58	146.90	219.23	291.55					90
61	32.61	78.15	154.05	229.95	305.85					90
62	34.37	82.55	162.85	243.15	323.45					90
63	36.13	86.95	171.65	256.35	341.05					90
64	38.00	91.63	181.00	270.38	359.75					90
65	40.09	96.85	191.45	286.05	380.65					90
66	42.40									90
67	44.93									91
68	47.68									91
69	50.43									91
70	53.29									91

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".

**PureLife-plus — Primas de Tabla de Riesgo Estándar — Sin Tabaco — Emisión Exprés**

Edad de emisión (ALB)	Primas mensuales para los montos nominales del seguro de vida que se muestran Incluye costo adicional por Beneficio por Muerte Accidental (Edades 17-59)									PERÍODO DE GARANTÍA Edad hasta la cual se garantiza la cobertura por la prima indicada en la tabla
	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	
15D-1				9.25					16.25	81
2-4				9.50					16.75	80
5-8				9.75					17.25	79
9-10				10.00					17.75	79
11-16				10.25					18.25	77
17-20				12.25	14.25	16.25	18.25	20.25	22.25	75
21-22				12.50	14.55	16.60	18.65	20.70	22.75	74
23				12.75	14.85	16.95	19.05	21.15	23.25	75
24-25				13.00	15.15	17.30	19.45	21.60	23.75	74
26				13.50	15.75	18.00	20.25	22.50	24.75	75
27-28				13.75	16.05	18.35	20.65	22.95	25.25	74
29				14.00	16.35	18.70	21.05	23.40	25.75	74
30-31				14.25	16.65	19.05	21.45	23.85	26.25	73
32				15.00	17.55	20.10	22.65	25.20	27.75	74
33				15.50	18.15	20.80	23.45	26.10	28.75	74
34				16.25	19.05	21.85	24.65	27.45	30.25	75
35		11.25	14.25	17.25	20.25	23.25	26.25	29.25	32.25	76
36		11.55	14.65	17.75	20.85	23.95	27.05	30.15	33.25	76
37		12.00	15.25	18.50	21.75	25.00	28.25	31.50	34.75	77
38		12.45	15.85	19.25	22.65	26.05	29.45	32.85	36.25	77
39		13.20	16.85	20.50	24.15	27.80	31.45	35.10	38.75	78
40	10.05	13.95	17.85	21.75	25.65	29.55	33.45	37.35	41.25	79
41	10.75	15.00	19.25	23.50	27.75	32.00	36.25	40.50	44.75	80
42	11.55	16.20	20.85	25.50	30.15	34.80	39.45	44.10	48.75	81
43	12.25	17.25	22.25	27.25	32.25	37.25	42.25	47.25	52.25	82
44	12.95	18.30	23.65	29.00	34.35	39.70	45.05	50.40	55.75	83
45	13.65	19.35	25.05	30.75	36.45	42.15	47.85	53.55	59.25	83
46	14.45	20.55	26.65	32.75	38.85	44.95	51.05	57.15	63.25	84
47	15.15	21.60	28.05	34.50	40.95	47.40	53.85	60.30	66.75	84
48	15.85	22.65	29.45	36.25	43.05	49.85	56.65	63.45	70.25	85
49	16.75	24.00	31.25	38.50	45.75	53.00	60.25	67.50	74.75	85
50	17.75	25.50	33.25	41.00						86
51	18.95	27.30	35.65	44.00						87
52	20.25	29.25	38.25	47.25						88
53	21.25	30.75	40.25	49.75						88
54	22.25	32.25	42.25	52.25						88
55	23.35	33.90	44.45	55.00						89
56	24.35	35.40	46.45	57.50						89
57	25.55	37.20	48.85	60.50						89
58	26.65	38.85	51.05	63.25						89
59	27.85	40.65	53.45	66.25						89
60	28.55	41.70	54.85	68.00						90
61										90
62										90
63										90
64										90
65										90
66										90
67										91
68										91
69										91
70										91

PureLife-plus es un seguro de vida permanente hasta los 121 años de edad que nunca se puede cancelar siempre que pague las primas necesarias. Después del Período de Garantía, las primas pueden ser inferiores, iguales o superiores a la Prima de la Tabla. Consulte el folleto en "Cobertura Permanente".



# Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

Galena Park  
Planes mejorados (SSNRA/SSNRA)

**AMERICAN FIDELITY**   
a different opinion<sup>®</sup>

 **First  
Financial  
Group  
of America**  
*First in Service and Expertise*

*Este folleto destaca características importantes de la póliza. Consulte su certificado para obtener detalles completos.*

# Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

## El seguro de ingresos por discapacidad está aquí para usted.

- **Protección salarial para usted y sus seres queridos**  
Brinda un beneficio constante para cubrir los gastos mientras no pueda trabajar. El plan facilita la protección de sus ingresos futuros en caso de una lesión o enfermedad repentina.
- **Varios períodos de eliminación disponibles**  
Según su necesidad individual, hay varios períodos de eliminación para que elija. El plan paga un porcentaje de su ingreso bruto mensual una vez que haya cumplido con el período de eliminación.
- **Pagos de beneficios hechos directamente a usted**  
Sus pagos mensuales de beneficios pueden depositarse directamente en su cuenta bancaria. Esto le da la libertad de pagar sus gastos de manutención y hacer otras compras como mejor le parezca.
- **Asistencia para presentar la solicitud del Seguro Social**  
Si determinamos que usted es un candidato probable para los beneficios por discapacidad del seguro social, podemos ayudarlo con el proceso de solicitud y apelación.

### Elija el plan adecuado para usted

#### Comienzan los beneficios

- Plan I -** El 8.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan II -** El 15.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan III -** El 31.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan IV -** El 31.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan V -** El 91.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan VI -** El 151.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.

**Lesión** significa daño físico o daño al cuerpo que sufrió y que resulta directamente de una lesión corporal accidental, es independiente de una enfermedad o dolencia corporal; y tiene lugar mientras su cobertura está vigente.

**Enfermedad** significa una enfermedad o padecimiento (incluido el embarazo). La discapacidad debe comenzar mientras su cobertura esté vigente.

**Hospital-** el término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o un centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.



En 2015, el 77% de las lesiones que requirieron atención médica sufridas por los trabajadores ocurrieron fuera del trabajo.

National Safety Council, Injury Facts, 2017 Edition, p. 63.



### Los beneficios son pagaderos

Los beneficios se pagan durante el período de tiempo que se muestra en el cuadro a continuación, en función de su edad a partir de la fecha en que comienza la Discapacidad debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Edad	Período máximo de beneficios
Menos de 60 años	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)*
60	60 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
61	48 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
62	42 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
63	36 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
64	30 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
65	24 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
66	21 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
67	18 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
68	15 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
69 años o más	12 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor

\*Edad a la que tiene derecho a los beneficios del Seguro Social sin reducción según las enmiendas actuales al Seguro Social.

Si reside en un estado que no sea el estado de domicilio de su empleador, cuando lo exija la ley, las disposiciones y los beneficios de la póliza pueden variar.

# Disposiciones de la póliza y características del plan

## Elegibilidad

Todos los empleados permanentes en el grupo suscriptor que trabajan 20 horas o más por semana. Con respecto a su elegibilidad, es posible que solicitemos una prueba de buena salud y nos basaremos en las respuestas proporcionadas en su solicitud para determinar si se puede emitir la cobertura. Independientemente de su estado de salud en el momento de la solicitud, si se aprueba y emite la cobertura, las reclamaciones incurridas mientras la cobertura esté vigente estarán sujetas a todos los términos de la Póliza, incluida cualquier limitación de Condiciones Preexistentes.

## Cuándo comienza la cobertura

Los certificados entrarán en vigencia en la fecha de vigencia solicitada posterior a la fecha en que aprobemos la solicitud, siempre que tenga un empleo activo y se haya pagado la prima.

## Beneficio de gastos médicos

Lesión - \$150.00 por lesión  
Enfermedad - \$50.00

Si necesita tratamiento personal por parte de un Médico debido a una Lesión o Enfermedad, pagaremos el monto que se muestra arriba, siempre que no se haya pagado ningún otra reclamación en virtud de la Póliza. Este beneficio se pagará por Enfermedad sólo si el tratamiento se recibe durante un día completo de Discapacidad durante el cual usted perdió un día completo de trabajo. Para ser elegible para más de un pago por la misma condición o una relacionada debido a una Enfermedad, debe haber regresado al trabajo durante al menos 14 días hábiles programados consecutivos. No es necesario que pierda un día completo de trabajo para recibir el beneficio por lesiones.

## Beneficio por muerte accidental

Se pagará una suma global de \$20,000 a su beneficiario designado si muere como resultado directo de una lesión dentro de los 90 días posteriores a la lesión.

## Beneficio de hospitalización

Se pagará un Beneficio de hospitalización cada día que esté internado como paciente en un Hospital debido a una Lesión o Enfermedad, hasta por 60 días. El monto a pagar es 1 vez el Beneficio por discapacidad que se prorrateará diariamente. Este beneficio no será reducido por Fuentes de ingresos deducibles. El internamiento en el Hospital debe tener una duración mínima de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará después de su cumplimiento del período de eliminación.

## Renuncia a la prima

No se requieren pagos de primas mientras recibe pagos en virtud del plan después de haber recibido pagos por discapacidad durante 180 días consecutivos. Requeriremos anualmente una prueba de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

## Beneficio de donante

Si está discapacitado como resultado de ser donante de órganos o tejidos, pagaremos su beneficio como cualquier otra enfermedad según los términos del plan.

## Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las Fuentes de ingresos deducibles incluyen:

- Otros ingresos de cobertura grupal por discapacidad.
- Sistema de jubilación gubernamental u otro, ya sea por invalidez, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación.
- Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos o un plan o ley similar, incluidos los montos adeudados a sus dependientes debido a su discapacidad.
- Discapacidad del Estado.
- Compensación por desempleo.
- Licencia por enfermedad u otros planes de continuación de sueldo o salario proporcionados por el Empleador que se extiendan más allá de 180 días calendario a partir de la fecha de la discapacidad.

Nos reservamos el derecho de estimar estas Fuentes de ingresos deducibles que usted puede recibir según se define en su Certificado.

## Beneficio mínimo por discapacidad

El Beneficio mínimo por discapacidad es el 10% del Beneficio mensual por discapacidad o \$100.00, lo que sea mayor.

## Si está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no trabaja

Durante los primeros 6 meses que esté discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no esté trabajando, pagaremos el beneficio por discapacidad descrito en el programa de beneficios. Después de 6 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad descrito en el programa de beneficios menos cualquier fuente deducible de ingresos que reciba o tenga derecho a recibir. No se proporcionará ningún pago por discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

**Discapacidad** o discapacitado durante los primeros 12 meses de discapacidad significa que no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, la discapacidad significa que no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación lucrativa por salario o ganancia para la cual está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

## Incentivos de regreso al trabajo: discapacitado y trabajando

Si está discapacitado y está trabajando, puede ser elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ingresos por discapacidad. Si sus ingresos por discapacidad superan el 80% de su compensación mensual, los pagos se suspenderán y su reclamación finalizará.

### • Beneficio de cuidado familiar

Si está discapacitado y trabaja y tiene uno o más miembros de la familia elegibles, puede ser elegible para un beneficio de cuidado familiar. Este beneficio es para gastos incurridos hasta el 25% de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ingresos por discapacidad, el beneficio bruto por discapacidad y el beneficio de cuidado familiar no pueden exceder el 100% de su compensación mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando deja de ser elegible para los beneficios según la disposición de la póliza para personas con discapacidad y que trabajan.

### • Adaptaciones en el lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si las adaptaciones en el lugar de trabajo pueden ayudarle a regresar al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas apropiadas.

# Limitaciones y exclusiones de los beneficios de la póliza



## Beneficio limitado por enfermedad mental

Si está discapacitado debido a una enfermedad mental, los beneficios se proporcionarán hasta por 2 años, sin exceder el período máximo de discapacidad.

## Beneficio limitado por alcoholismo y drogadicción

Si está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado de hasta 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del período máximo de beneficios. Si la adicción a las drogas se mantiene a manos de un médico, o mientras se encuentra bajo el cuidado regular y apropiado de un médico en el curso del tratamiento por una lesión o enfermedad, estará cubierta de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

## Beneficio limitado de condiciones especiales

Si está discapacitado debido a condiciones especiales y bajo el cuidado regular y adecuado de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 2 años. Condiciones especiales significan: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; cualquier enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o la espalda que no produzca hemiplejía, paraplejía o cuadriplejía; enfermedad alérgica ambiental que incluye, entre otros, el síndrome del edificio enfermo y la sensibilidad química múltiple; y síntomas autoinformados.

Los síntomas autoinformados son síntomas que el asegurado comunica a su médico y que no son comprobables mediante pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Los ejemplos incluyen: dolores de cabeza, dolor, fatiga, rigidez, molestias, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

## Limitación de condiciones preexistentes

Se pagará un beneficio limitado de hasta 1 mes de Beneficio por Discapacidad por una discapacidad que resulta de una Condición Preexistente. Esta disposición no se aplicará si usted: no ha recibido tratamiento; no incurrió en gastos; no tomó ningún medicamento; y no recibió ningún diagnóstico ni consejo de un médico durante 12 meses consecutivos para dicha condición.

Esta limitación no se aplicará a una Discapacidad que resulte de una Condición Preexistente que comience después de haber estado cubierto de manera continua bajo la Póliza durante 24 meses.

Cualquier aumento en los beneficios estará sujeto a esta limitación de condición preexistente. Se debe cumplir un nuevo período de condición preexistente con respecto a cualquier aumento solicitado y aprobado por nosotros.

**Condición preexistente** significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental para la cual usted: recibió tratamiento; incurrió en gastos; tomó medicación; recibió atención o servicios, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejo de un médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de su cobertura. El término condición preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental.

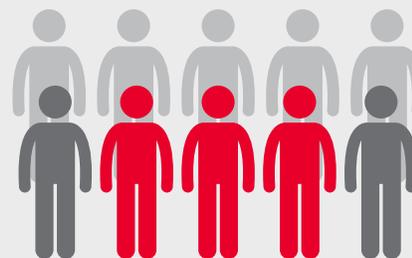
## Exclusiones

La Póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de:

- Lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Comisión de un delito grave.
- Encarcelamiento en una institución penitenciaria. No pagaremos beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más.
- Lesión o enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo.

El término "con derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo" también incluirá las liquidaciones de reclamaciones por Indemnización por Accidente de Trabajo que ocurran a través de compromiso y liberación. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza durante ningún período durante el cual tenga derecho a los beneficios de Indemnización por Accidente de Trabajo.

Su cobertura puede continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará mientras la póliza de grupo permanezca vigente, las primas se paguen y usted siga siendo elegible para la cobertura de la póliza. Su cobertura terminará cuando ya no califique como asegurado, se jubile, no tenga un empleo activo o termine su empleo. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con un aviso previo de 31 días. Si se aumentan las primas, le enviaremos un aviso con 60 días de anticipación.



Hay una probabilidad de **3 en 10** de que una persona sufra una enfermedad o lesión incapacitante que la mantendría sin trabajo durante tres meses o más.

LIMRA: Mes de concientización sobre el seguro por discapacidad 2015; mayo de 2015.

# Tabla de beneficios de la póliza

Varias opciones de beneficios están disponibles para usted. Puede participar en el Plan bajo cualquiera de los niveles de beneficios que se describen a continuación, siempre que el nivel de Beneficio Mensual por Discapacidad seleccionado no supere el 70% de su Compensación Mensual.

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (8.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31.º)	Plan IV (61.º)	Plan V (91.º)	Plan VI (151.º)
\$286.00 - \$428.99	\$200.00	\$20,000.00	\$7.84	\$6.68	\$5.44	\$4.68	\$3.96	\$2.96
\$429.00 - \$571.99	\$300.00	\$20,000.00	\$11.76	\$10.02	\$8.16	\$7.02	\$5.94	\$4.44
\$572.00 - \$714.99	\$400.00	\$20,000.00	\$15.68	\$13.36	\$10.88	\$9.36	\$7.92	\$5.92
\$715.00 - \$857.99	\$500.00	\$20,000.00	\$19.60	\$16.70	\$13.60	\$11.70	\$9.90	\$7.40
\$858.00 - \$999.99	\$600.00	\$20,000.00	\$23.52	\$20.04	\$16.32	\$14.04	\$11.88	\$8.88
\$1,000.00 - \$1,142.99	\$700.00	\$20,000.00	\$27.44	\$23.38	\$19.04	\$16.38	\$13.86	\$10.36
\$1,143.00 - \$1,285.99	\$800.00	\$20,000.00	\$31.36	\$26.72	\$21.76	\$18.72	\$15.84	\$11.84
\$1,286.00 - \$1,428.99	\$900.00	\$20,000.00	\$35.28	\$30.06	\$24.48	\$21.06	\$17.82	\$13.32
\$1,429.00 - \$1,571.99	\$1,000.00	\$20,000.00	\$39.20	\$33.40	\$27.20	\$23.40	\$19.80	\$14.80
\$1,572.00 - \$1,714.99	\$1,100.00	\$20,000.00	\$43.12	\$36.74	\$29.92	\$25.74	\$21.78	\$16.28
\$1,715.00 - \$1,857.99	\$1,200.00	\$20,000.00	\$47.04	\$40.08	\$32.64	\$28.08	\$23.76	\$17.76
\$1,858.00 - \$1,999.99	\$1,300.00	\$20,000.00	\$50.96	\$43.42	\$35.36	\$30.42	\$25.74	\$19.24
\$2,000.00 - \$2,142.99	\$1,400.00	\$20,000.00	\$54.88	\$46.76	\$38.08	\$32.76	\$27.72	\$20.72
\$2,143.00 - \$2,285.99	\$1,500.00	\$20,000.00	\$58.80	\$50.10	\$40.80	\$35.10	\$29.70	\$22.20
\$2,286.00 - \$2,428.99	\$1,600.00	\$20,000.00	\$62.72	\$53.44	\$43.52	\$37.44	\$31.68	\$23.68
\$2,429.00 - \$2,571.99	\$1,700.00	\$20,000.00	\$66.64	\$56.78	\$46.24	\$39.78	\$33.66	\$25.16
\$2,572.00 - \$2,714.99	\$1,800.00	\$20,000.00	\$70.56	\$60.12	\$48.96	\$42.12	\$35.64	\$26.64
\$2,715.00 - \$2,857.99	\$1,900.00	\$20,000.00	\$74.48	\$63.46	\$51.68	\$44.46	\$37.62	\$28.12
\$2,858.00 - \$2,999.99	\$2,000.00	\$20,000.00	\$78.40	\$66.80	\$54.40	\$46.80	\$39.60	\$29.60
\$3,000.00 - \$3,142.99	\$2,100.00	\$20,000.00	\$82.32	\$70.14	\$57.12	\$49.14	\$41.58	\$31.08
\$3,143.00 - \$3,285.99	\$2,200.00	\$20,000.00	\$86.24	\$73.48	\$59.84	\$51.48	\$43.56	\$32.56
\$3,286.00 - \$3,428.99	\$2,300.00	\$20,000.00	\$90.16	\$76.82	\$62.56	\$53.82	\$45.54	\$34.04
\$3,429.00 - \$3,571.99	\$2,400.00	\$20,000.00	\$94.08	\$80.16	\$65.28	\$56.16	\$47.52	\$35.52
\$3,572.00 - \$3,714.99	\$2,500.00	\$20,000.00	\$98.00	\$83.50	\$68.00	\$58.50	\$49.50	\$37.00
\$3,715.00 - \$3,857.99	\$2,600.00	\$20,000.00	\$101.92	\$86.84	\$70.72	\$60.84	\$51.48	\$38.48
\$3,858.00 - \$3,999.99	\$2,700.00	\$20,000.00	\$105.84	\$90.18	\$73.44	\$63.18	\$53.46	\$39.96
\$4,000.00 - \$4,142.99	\$2,800.00	\$20,000.00	\$109.76	\$93.52	\$76.16	\$65.52	\$55.44	\$41.44
\$4,143.00 - \$4,285.99	\$2,900.00	\$20,000.00	\$113.68	\$96.86	\$78.88	\$67.86	\$57.42	\$42.92
\$4,286.00 - \$4,428.99	\$3,000.00	\$20,000.00	\$117.60	\$100.20	\$81.60	\$70.20	\$59.40	\$44.40
\$4,429.00 - \$4,571.99	\$3,100.00	\$20,000.00	\$121.52	\$103.54	\$84.32	\$72.54	\$61.38	\$45.88
\$4,572.00 - \$4,714.99	\$3,200.00	\$20,000.00	\$125.44	\$106.88	\$87.04	\$74.88	\$63.36	\$47.36
\$4,715.00 - \$4,857.99	\$3,300.00	\$20,000.00	\$129.36	\$110.22	\$89.76	\$77.22	\$65.34	\$48.84
\$4,858.00 - \$4,999.99	\$3,400.00	\$20,000.00	\$133.28	\$113.56	\$92.48	\$79.56	\$67.32	\$50.32
\$5,000.00 - \$5,142.99	\$3,500.00	\$20,000.00	\$137.20	\$116.90	\$95.20	\$81.90	\$69.30	\$51.80
\$5,143.00 - \$5,285.99	\$3,600.00	\$20,000.00	\$141.12	\$120.24	\$97.92	\$84.24	\$71.28	\$53.28
\$5,286.00 - \$5,428.99	\$3,700.00	\$20,000.00	\$145.04	\$123.58	\$100.64	\$86.58	\$73.26	\$54.76
\$5,429.00 - \$5,571.99	\$3,800.00	\$20,000.00	\$148.96	\$126.92	\$103.36	\$88.92	\$75.24	\$56.24

# Tabla de beneficios de la póliza (continuación)

Varias opciones de beneficios están disponibles para usted. Puede participar en el Plan bajo cualquiera de los niveles de beneficios que se describen a continuación, siempre que el nivel de Beneficio Mensual por Discapacidad seleccionado no supere el 70% de su Compensación Mensual.

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte por Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (8.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31.º)	Plan IV (61.º)	Plan V (91.º)	Plan VI (151.º)
\$5,572.00 - \$5,714.99	\$3,900.00	\$20,000.00	\$152.88	\$130.26	\$106.08	\$91.26	\$77.22	\$57.72
\$5,715.00 - \$5,857.99	\$4,000.00	\$20,000.00	\$156.80	\$133.60	\$108.80	\$93.60	\$79.20	\$59.20
\$5,858.00 - \$5,999.99	\$4,100.00	\$20,000.00	\$160.72	\$136.94	\$111.52	\$95.94	\$81.18	\$60.68
\$6,000.00 - \$6,142.99	\$4,200.00	\$20,000.00	\$164.64	\$140.28	\$114.24	\$98.28	\$83.16	\$62.16
\$6,143.00 - \$6,285.99	\$4,300.00	\$20,000.00	\$168.56	\$143.62	\$116.96	\$100.62	\$85.14	\$63.64
\$6,286.00 - \$6,428.99	\$4,400.00	\$20,000.00	\$172.48	\$146.96	\$119.68	\$102.96	\$87.12	\$65.12
\$6,429.00 - \$6,571.99	\$4,500.00	\$20,000.00	\$176.40	\$150.30	\$122.40	\$105.30	\$89.10	\$66.60
\$6,572.00 - \$6,714.99	\$4,600.00	\$20,000.00	\$180.32	\$153.64	\$125.12	\$107.64	\$91.08	\$68.08
\$6,715.00 - \$6,857.99	\$4,700.00	\$20,000.00	\$184.24	\$156.98	\$127.84	\$109.98	\$93.06	\$69.56
\$6,858.00 - \$6,999.99	\$4,800.00	\$20,000.00	\$188.16	\$160.32	\$130.56	\$112.32	\$95.04	\$71.04
\$7,000.00 - \$7,142.99	\$4,900.00	\$20,000.00	\$192.08	\$163.66	\$133.28	\$114.66	\$97.02	\$72.52
\$7,143.00 - \$7,285.99	\$5,000.00	\$20,000.00	\$196.00	\$167.00	\$136.00	\$117.00	\$99.00	\$74.00
\$7,286.00 - \$7,428.99	\$5,100.00	\$20,000.00	\$199.92	\$170.34	\$138.72	\$119.34	\$100.98	\$75.48
\$7,429.00 - \$7,571.99	\$5,200.00	\$20,000.00	\$203.84	\$173.68	\$141.44	\$121.68	\$102.96	\$76.96
\$7,572.00 - \$7,714.99	\$5,300.00	\$20,000.00	\$207.76	\$177.02	\$144.16	\$124.02	\$104.94	\$78.44
\$7,715.00 - \$7,857.99	\$5,400.00	\$20,000.00	\$211.68	\$180.36	\$146.88	\$126.36	\$106.92	\$79.92
\$7,858.00 - \$7,999.99	\$5,500.00	\$20,000.00	\$215.60	\$183.70	\$149.60	\$128.70	\$108.90	\$81.40
\$8,000.00 - \$8,142.99	\$5,600.00	\$20,000.00	\$219.52	\$187.04	\$152.32	\$131.04	\$110.88	\$82.88
\$8,143.00 - \$8,285.99	\$5,700.00	\$20,000.00	\$223.44	\$190.38	\$155.04	\$133.38	\$112.86	\$84.36
\$8,286.00 - \$8,428.99	\$5,800.00	\$20,000.00	\$227.36	\$193.72	\$157.76	\$135.72	\$114.84	\$85.84
\$8,429.00 - \$8,571.99	\$5,900.00	\$20,000.00	\$231.28	\$197.06	\$160.48	\$138.06	\$116.82	\$87.32
\$8,572.00 - \$8,713.99	\$6,000.00	\$20,000.00	\$235.20	\$200.40	\$163.20	\$140.40	\$118.80	\$88.80
\$8,714.00 - \$8,856.99	\$6,100.00	\$20,000.00	\$239.12	\$203.74	\$165.92	\$142.74	\$120.78	\$90.28
\$8,857.00 - \$8,999.99	\$6,200.00	\$20,000.00	\$243.04	\$207.08	\$168.64	\$145.08	\$122.76	\$91.76
\$9,000.00 - \$9,142.99	\$6,300.00	\$20,000.00	\$246.96	\$210.42	\$171.36	\$147.42	\$124.74	\$93.24
\$9,143.00 - \$9,285.99	\$6,400.00	\$20,000.00	\$250.88	\$213.76	\$174.08	\$149.76	\$126.72	\$94.72
\$9,286.00 - \$9,428.99	\$6,500.00	\$20,000.00	\$254.80	\$217.10	\$176.80	\$152.10	\$128.70	\$96.20
\$9,429.00 - \$9,570.99	\$6,600.00	\$20,000.00	\$258.72	\$220.44	\$179.52	\$154.44	\$130.68	\$97.68
\$9,571.00 - \$9,713.99	\$6,700.00	\$20,000.00	\$262.64	\$223.78	\$182.24	\$156.78	\$132.66	\$99.16
\$9,714.00 - \$9,856.99	\$6,800.00	\$20,000.00	\$266.56	\$227.12	\$184.96	\$159.12	\$134.64	\$100.64
\$9,857.00 - \$9,999.99	\$6,900.00	\$20,000.00	\$270.48	\$230.46	\$187.68	\$161.46	\$136.62	\$102.12
\$10,000.00 - \$10,142.99	\$7,000.00	\$20,000.00	\$274.40	\$233.80	\$190.40	\$163.80	\$138.60	\$103.60
\$10,143.00 - \$10,285.99	\$7,100.00	\$20,000.00	\$278.32	\$237.14	\$193.12	\$166.14	\$140.58	\$105.08
\$10,286.00 - \$10,428.99	\$7,200.00	\$20,000.00	\$282.24	\$240.48	\$195.84	\$168.48	\$142.56	\$106.56
\$10,429.00 - \$10,570.99	\$7,300.00	\$20,000.00	\$286.16	\$243.82	\$198.56	\$170.82	\$144.54	\$108.04
\$10,571.00 - \$10,713.99	\$7,400.00	\$20,000.00	\$290.08	\$247.16	\$201.28	\$173.16	\$146.52	\$109.52
\$10,714.00 - y más	\$7,500.00	\$20,000.00	\$294.00	\$250.50	\$204.00	\$175.50	\$148.50	\$111.00

# Cláusulas adicionales y limitaciones de beneficios

## Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

Esta cláusula adicional está diseñada para pagar un monto de beneficio diario por una hospitalización, hasta un máximo de 90 días, si está internado en un hospital.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria:

Los beneficios no son pagaderos por Lesiones o Enfermedades incurridas en los primeros 12 meses de cobertura debido a una condición preexistente como se define en la póliza base. El paciente debe estar internado en un hospital durante un mínimo de 18 horas y se le cobra alojamiento y comida.

Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria	
Cantidad de beneficio diario	Prima Mensual
\$100.00	\$6.00
\$150.00	\$9.00

## Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio mensual si su cónyuge sufre una Discapacidad debido a un accidente no laboral.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficios del cónyuge por accidente solamente:

Le paga un monto de beneficio mensual para su cónyuge que está discapacitado como resultado de un accidente no laboral. Los beneficios comienzan el 31<sup>er</sup> día consecutivo después de la lesión y continuarán hasta por dos años.

Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente		
Cantidad de beneficio mensual	Salario anual	Prima Mensual
\$500.00	hasta \$10,000.00	\$4.00
\$1,000.00	\$10,001.00 - \$20,000.00	\$8.00
\$1,500.00	\$20,001.00 - \$30,000.00	\$12.00
\$2,000.00	\$30,001.00 y más.	\$16.00

## Cláusula adicional de financiación de COBRA

Esta cláusula adicional está diseñada para ayudar a cubrir el costo de las primas de COBRA si elige la cobertura de COBRA mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de financiación de COBRA:

Para recibir los beneficios en virtud de esta Cláusula adicional, debe: estar recibiendo beneficios en virtud de su plan base de Discapacidad; elegir cobertura médica de COBRA; y estar pagando las primas médicas de COBRA. Este beneficio pagará hasta el final del período de beneficios por discapacidad o hasta el final de su período de beneficios médicos de COBRA, lo que ocurra primero.

Cláusula adicional de financiación de COBRA	
Cantidad de beneficio mensual	Prima Mensual
\$300.00	\$4.50
\$600.00	\$9.00

## Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio a su beneficiario o sucesión si fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

### Resumen de los beneficios de la cláusula adicional de beneficio de sobreviviente:

Los beneficios son pagaderos si ha estado discapacitado y no ha trabajado durante al menos 90 días, y fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad. Paga un beneficio mensual hasta por un año o hasta que se agote el período máximo de discapacidad, lo que ocurra primero.

Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente	
Cantidad de beneficio mensual	Prima Mensual
\$2,000.00	\$6.80

## Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio de suma global basado en el diagnóstico de una determinada enfermedad crítica.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficio por enfermedad grave:

Los beneficios se pagan en una suma global única basada en el diagnóstico de las siguientes condiciones: ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, parálisis o insuficiencia orgánica principal. En el caso de infarto de miocardio, un médico debe realizar el diagnóstico y el tratamiento debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas.

Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica	
Cantidad de beneficio	Prima Mensual
\$10,000.00	\$9.80
\$15,000.00	\$13.18
\$20,000.00	\$16.56
\$25,000.00	\$19.94

## Limitaciones y exclusiones de la cláusula adicional de beneficios

### Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

El Beneficio de Hospitalización no será pagadero por una Lesión o Enfermedad sufrida en los primeros 12 meses de cobertura si la Lesión o Enfermedad es causada por o como resultado de una Condición Preexistente como se define en la Póliza. Además de las Exclusiones enumeradas en la Póliza, no se pagarán beneficios en virtud de esta Cláusula adicional por cualquier Hospitalización causada o derivada de una Enfermedad mental o Abuso de drogas o alcohol. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. Las hospitalizaciones sucesivas se considerarán como una hospitalización si están separadas por menos de 90 días de hospitalización.

El término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o como centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

### Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

La Cláusula adicional por enfermedad crítica no será pagadera por ninguna pérdida causada o derivada de: (a) una Enfermedad Crítica cuando la Fecha de Diagnóstico ocurra durante el Período de Espera; (b) una Enfermedad Crítica diagnosticada fuera de los Estados Unidos; o (c) una Enfermedad o Lesión no definida específicamente en esta Cláusula adicional.

No se pagará ningún Beneficio por Enfermedad Crítica por una Enfermedad Crítica causada o derivada de una Condición Preexistente cuando la Fecha de Diagnóstico de la Enfermedad Crítica ocurra antes de que usted haya estado cubierto de manera continua bajo esta Cláusula adicional durante 12 meses consecutivos. Después de 12 meses consecutivos, esta exclusión no se aplica.

Condición preexistente significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental por la cual ha experimentado cualquiera de los siguientes: (a) tratamiento; (b) gasto incurrido; (c) medicamentos tomados; (d) atención o servicios recibidos, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o (e) recibió un diagnóstico o asesoramiento de un Médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de esta Cláusula adicional. El término Condición Preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. No se pagarán beneficios por una enfermedad grave cuando la fecha de diagnóstico se produzca durante el período de espera por enfermedad crítica. El período de espera es de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor de esta Cláusula adicional.

### Cláusula adicional de financiación de COBRA

La prueba de la elección de la continuación médica de COBRA debe proporcionarse a American Fidelity. Se requerirá prueba de participación médica continua en COBRA antes de que se paguen los beneficios en virtud de esta Cláusula adicional. Su empleo debe haber terminado para que el beneficio sea pagadero.

### Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta Cláusula adicional no proporciona beneficios para su Cónyuge por cualquier Discapacidad, mortal o no mortal, que resulte de cualquiera de los

siguientes: (a) Lesiones autoinfligidas intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; (b) Un acto de guerra, declarada o no; (c) Lesión sufrida o contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; (d) Comisión de un delito grave; (e) Encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios durante ningún período durante el cual su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional o por cualquier Lesión que ocurra mientras su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional; (f) Lesión que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual su Cónyuge tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. El término "con derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo" también incluirá las liquidaciones de reclamaciones por Indemnización por Accidente de Trabajo que ocurran a través de compromiso y liberación. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza durante ningún período durante el cual su Cónyuge tenga derecho a los beneficios de Indemnización por Accidente de Trabajo; (g) Participación en cualquier deporte por salario o ganancia; (h) Participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo motorizado por salario o ganancia.

Cónyuge significa la persona con la que está casado legalmente y que tiene menos de 70 años. No se pagan beneficios para su Cónyuge en virtud de esta Cláusula adicional por una discapacidad causada por una lesión que ocurrió fuera de los Estados Unidos o sus territorios. No se proporcionará ningún beneficio por ningún período en el que su Cónyuge no esté bajo el cuidado regular y adecuado de un Médico. No se pagarán beneficios por cualquier Lesión a su Cónyuge que sea causada por o que resulte del abuso conyugal.

### Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

La Póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de: lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; un acto de guerra, declarada o no declarada; Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; comisión de un delito grave; encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más; o Lesión o Enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. No se proporcionará ningún pago por discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

Su cobertura con respecto a las cláusulas adicionales enumeradas anteriormente finalizará en la primera de estas fechas: el final del último período por el cual se pagó la prima; la fecha en que nos notifica por escrito para cancelar la cobertura; la fecha en que se suspende la cláusula adicional; la fecha en que se cancela la póliza; o la fecha en que termina su empleo.

La disponibilidad de las cláusulas adicionales puede variar según el estado, el empleador y la cobertura a corto plazo con un período de beneficios de menos de 12 meses. Las cláusulas adicionales están sujetas a nuestras pautas generales de suscripción y la cobertura no está garantizada. Las cláusulas adicionales tienen limitaciones, exclusiones y períodos de espera. Consulte su póliza para obtener detalles completos. Estas cláusulas adicionales terminarán en la misma fecha que la Póliza o el Certificado al que se adjunta.



**Vea e imprima sus pólizas y presente una reclamación en [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)**

El Centro de Servicio en Línea de American Fidelity le brinda acceso conveniente y seguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana para administrar su cuenta o presentar una reclamación.

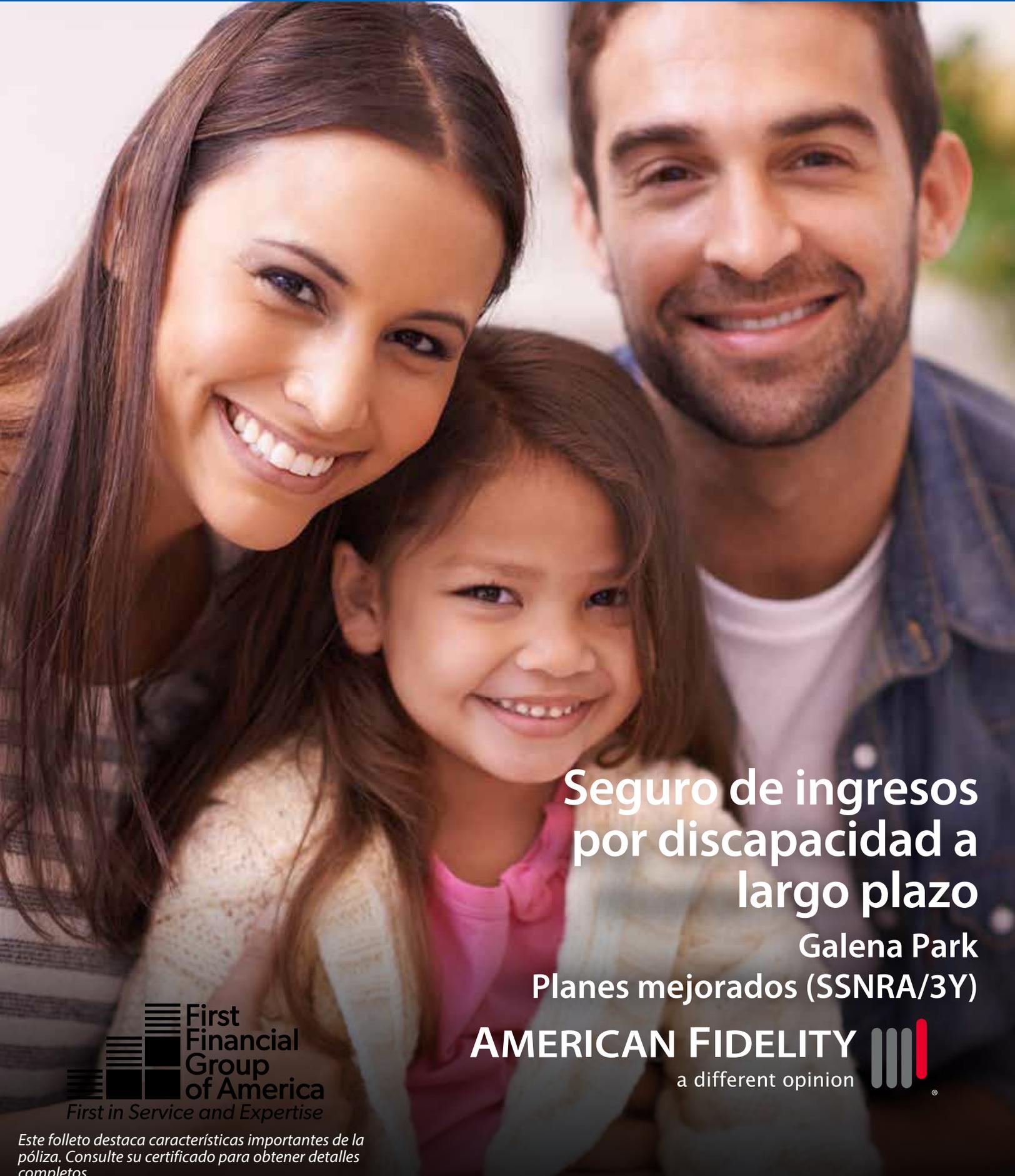
Comercializado por:



Suscrito y administrado por:

**AMERICAN FIDELITY**   
a different opinion

800-654-8489 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)



# Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

Galena Park  
Planes mejorados (SSNRA/3Y)

**AMERICAN FIDELITY**   
a different opinion<sup>®</sup>

**First  
Financial  
Group  
of America**  
*First in Service and Expertise*

*Este folleto destaca características importantes de la póliza. Consulte su certificado para obtener detalles completos.*

# Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

## El seguro de ingresos por discapacidad está aquí para usted.

- **Protección salarial para usted y sus seres queridos**  
Brinda un beneficio constante para cubrir los gastos mientras no pueda trabajar. El plan facilita la protección de sus ingresos futuros en caso de una lesión o enfermedad repentina.
- **Varios períodos de eliminación disponibles**  
Según su necesidad individual, hay varios períodos de eliminación para que elija. El plan paga un porcentaje de su ingreso bruto mensual una vez que haya cumplido con el período de eliminación.
- **Pagos de beneficios hechos directamente a usted**  
Sus pagos mensuales de beneficios pueden depositarse directamente en su cuenta bancaria. Esto le da la libertad de pagar sus gastos de manutención y hacer otras compras como mejor le parezca.
- **Asistencia para presentar la solicitud del Seguro Social**  
Si determinamos que usted es un candidato probable para los beneficios por discapacidad del seguro social, podemos ayudarle con el proceso de solicitud y apelación.

### Elija el plan adecuado para usted

#### Comienzan los beneficios

- Plan I -** El 8.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan II -** El 15.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan III -** El 31.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan IV -** El 31.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan V -** El 91.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.
- Plan VI -** El 151.º día de Discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.

**Lesión** significa daño físico o daño al cuerpo que sufrió y que resulta directamente de una lesión corporal accidental, es independiente de una enfermedad o dolencia corporal; y tiene lugar mientras su cobertura está vigente.

**Enfermedad** significa una enfermedad o padecimiento (incluido el embarazo). La discapacidad debe comenzar mientras su cobertura esté vigente.

**Hospital-** el término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o un centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.



#### Los beneficios son pagaderos

Los beneficios se pagan durante el período de tiempo que se muestra en los cuadros a continuación, en función de su edad a partir de la fecha en que comienza la Discapacidad debida a una Lesión o Enfermedad cubierta.

#### Para una Lesión

Edad	Período máximo de beneficios
Menos de 60 años	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)*
60	60 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
61	48 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
62	42 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
63	36 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
64	30 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
65	24 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
66	21 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
67	18 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
68	15 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor
69 años o más	12 meses, o hasta la SSNRA*, lo que sea mayor

\*Edad a la que tiene derecho a los beneficios del Seguro Social sin reducción según las enmiendas actuales al Seguro Social..

#### Para una Enfermedad

Edad	Período máximo de beneficios
Menos de 67	3 años
67 a 68	Hasta los 70 años
69 y más	1 año

Si reside en un estado que no sea el estado de domicilio de su empleador, cuando lo exija la ley, las disposiciones y los beneficios de la póliza pueden variar.

# Disposiciones de la póliza y características del plan

## Elegibilidad

Todos los empleados permanentes en el grupo suscriptor que trabajan 20 horas o más por semana. Con respecto a su elegibilidad, es posible que solicitemos una prueba de buena salud y nos basaremos en las respuestas proporcionadas en su solicitud para determinar si se puede emitir la cobertura. Independientemente de su estado de salud en el momento de la solicitud, si se aprueba y emite la cobertura, las reclamaciones incurridas mientras la cobertura esté vigente estarán sujetas a todos los términos de la Póliza, incluida cualquier limitación de Condiciones Preexistentes.

## Cuándo comienza la cobertura

Los certificados entrarán en vigencia en la fecha de vigencia solicitada posterior a la fecha en que aprobemos la solicitud, siempre que tenga un empleo activo y se haya pagado la prima.

## Beneficio de gastos médicos

Lesión - \$150.00 por lesión  
Enfermedad - \$50.00

Si necesita tratamiento personal por parte de un Médico debido a una Lesión o Enfermedad, pagaremos el monto que se muestra arriba, siempre que no se haya pagado ningún otra reclamación en virtud de la Póliza. Este beneficio se pagará por Enfermedad sólo si el tratamiento se recibe durante un día completo de Discapacidad durante el cual usted perdió un día completo de trabajo. Para ser elegible para más de un pago por la misma condición o una relacionada debido a una Enfermedad, debe haber regresado al trabajo durante al menos 14 días hábiles programados consecutivos. No es necesario que pierda un día completo de trabajo para recibir el beneficio por lesiones.

## Beneficio por muerte accidental

Se pagará una suma global de \$20,000 a su beneficiario designado si muere como resultado directo de una lesión dentro de los 90 días posteriores a la lesión.

## Beneficio de hospitalización

Se pagará un Beneficio de hospitalización cada día que esté internado como paciente en un Hospital debido a una Lesión o Enfermedad, hasta por 60 días. El monto a pagar es 1 vez el Beneficio por discapacidad que se prorrateará diariamente. Este beneficio no será reducido por Fuentes de ingresos deducibles. El internamiento en el Hospital debe tener una duración mínima de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará después de su cumplimiento del período de eliminación.

## Renuncia a la prima

No se requieren pagos de primas mientras recibe pagos en virtud del plan después de haber recibido pagos por discapacidad durante 180 días consecutivos. Requeriremos anualmente una prueba de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

## Beneficio de donante

Si está discapacitado como resultado de ser donante de órganos o tejidos, pagaremos su beneficio como cualquier otra enfermedad según los términos del plan.

## Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las Fuentes de ingresos deducibles incluyen:

- Otros ingresos de cobertura grupal por discapacidad.
- Sistema de jubilación gubernamental u otro, ya sea por invalidez, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación.
- Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos o un plan o ley similar, incluidos los montos adeudados a sus dependientes debido a su discapacidad.
- Discapacidad del Estado.
- Compensación por desempleo.
- Licencia por enfermedad u otros planes de continuación de sueldo o salario proporcionados por el Empleador que se extiendan más allá de 180 días calendario a partir de la fecha de la discapacidad.

Nos reservamos el derecho de estimar estas Fuentes de ingresos deducibles que usted puede recibir según se define en su Certificado.

## Beneficio mínimo por discapacidad

El Beneficio mínimo por discapacidad es el 10% del Beneficio mensual por discapacidad o \$100.00, lo que sea mayor.

## Si está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no trabaja

Durante los primeros 6 meses que esté discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no esté trabajando, pagaremos el beneficio por discapacidad descrito en el programa de beneficios. Después de 6 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad descrito en el programa de beneficios menos cualquier fuente deducible de ingresos que reciba o tenga derecho a recibir. No se proporcionará ningún pago por discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

**Discapacidad** o discapacitado durante los primeros 12 meses de discapacidad significa que no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, la discapacidad significa que no puede realizar las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación lucrativa por salario o ganancia para la cual está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

## Incentivos de regreso al trabajo: discapacitado y trabajando

Si está discapacitado y está trabajando, puede ser elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ingresos por discapacidad. Si sus ingresos por discapacidad superan el 80% de su compensación mensual, los pagos se suspenderán y su reclamación finalizará.

### • Beneficio de cuidado familiar

Si está discapacitado y trabaja y tiene uno o más miembros de la familia elegibles, puede ser elegible para un beneficio de cuidado familiar. Este beneficio es para gastos incurridos hasta el 25% de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ingresos por discapacidad, el beneficio bruto por discapacidad y el beneficio de cuidado familiar no pueden exceder el 100% de su compensación mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando deja de ser elegible para los beneficios según la disposición de la póliza para personas con discapacidad y que trabajan.

### • Adaptaciones en el lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si las adaptaciones en el lugar de trabajo pueden ayudarle a regresar al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas apropiadas.

# Limitaciones y exclusiones de los beneficios de la póliza



## Beneficio limitado por enfermedad mental

Si está discapacitado debido a una enfermedad mental, los beneficios se proporcionarán hasta por 2 años, sin exceder el período máximo de discapacidad.

## Beneficio limitado por alcoholismo y drogadicción

Si está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado de hasta 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del período máximo de beneficios. Si la adicción a las drogas se mantiene a manos de un médico, o mientras se encuentra bajo el cuidado regular y apropiado de un médico en el curso del tratamiento por una lesión o enfermedad, estará cubierta de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

## Beneficio limitado de condiciones especiales

Si está discapacitado debido a condiciones especiales y bajo el cuidado regular y adecuado de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 2 años. Condiciones especiales significan: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; cualquier enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o la espalda que no produzca hemiplejía, paraplejía o cuadriplejía; enfermedad alérgica ambiental que incluye, entre otros, el síndrome del edificio enfermo y la sensibilidad química múltiple; y síntomas autoinformados.

Los síntomas autoinformados son síntomas que el asegurado comunica a su médico y que no son comprobables mediante pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Los ejemplos incluyen: dolores de cabeza, dolor, fatiga, rigidez, molestias, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

## Limitación de condiciones preexistentes

Se pagará un beneficio limitado de hasta 1 mes de Beneficio por Discapacidad por una discapacidad que resulta de una Condición Preexistente. Esta disposición no se aplicará si usted: no ha recibido tratamiento; no incurrió en gastos; no tomó ningún medicamento; y no recibió ningún diagnóstico ni consejo de un médico durante 12 meses consecutivos para dicha condición.

Esta limitación no se aplicará a una Discapacidad que resulte de una Condición Preexistente que comience después de haber estado cubierto de manera continua bajo la Póliza durante 24 meses.

Cualquier aumento en los beneficios estará sujeto a esta limitación de condición preexistente. Se debe cumplir un nuevo período de condición preexistente con respecto a cualquier aumento solicitado y aprobado por nosotros.

**Condición preexistente** significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental para la cual usted: recibió tratamiento; incurrió en gastos; tomó medicación; recibió atención o servicios, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejo de un médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de su cobertura. El término condición preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental.

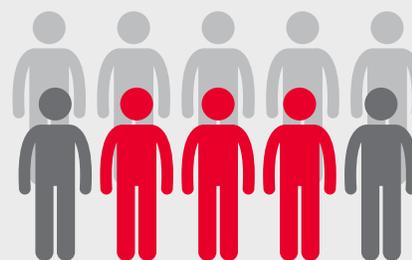
## Exclusiones

La Póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de:

- Lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Comisión de un delito grave.
- Encarcelamiento en una institución penitenciaria. No pagaremos beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más.
- Lesión o enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo.

El término “con derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo” también incluirá las liquidaciones de reclamaciones por Indemnización por Accidente de Trabajo que ocurran a través de compromiso y liberación. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza durante ningún período durante el cual tenga derecho a los beneficios de Indemnización por Accidente de Trabajo.

Su cobertura puede continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará mientras la póliza de grupo permanezca vigente, las primas se paguen y usted siga siendo elegible para la cobertura de la póliza. Su cobertura terminará cuando ya no califique como asegurado, se jubile, no tenga un empleo activo o termine su empleo. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con un aviso previo de 31 días. Si se aumentan las primas, le enviaremos un aviso con 60 días de anticipación.



Hay una probabilidad de **3 en 10** de que una persona sufra una enfermedad o lesión incapacitante que la mantendría sin trabajo durante tres meses o más.

LIMRA: Mes de concientización sobre el seguro por discapacidad 2015; mayo de 2015.

# Tabla de beneficios de la póliza

Varias opciones de beneficios están disponibles para usted. Puede participar en el Plan bajo cualquiera de los niveles de beneficios que se describen a continuación, siempre que el nivel de Beneficio Mensual por Discapacidad seleccionado no supere el 70% de su Compensación Mensual.

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (8.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31.º)	Plan IV (61.º)	Plan V (91.º)	Plan VI (151.º)
\$286.00 - \$428.99	\$200.00	\$20,000.00	\$7.40	\$5.12	\$3.84	\$3.12	\$2.56	\$2.28
\$429.00 - \$571.99	\$300.00	\$20,000.00	\$11.10	\$7.68	\$5.76	\$4.68	\$3.84	\$3.42
\$572.00 - \$714.99	\$400.00	\$20,000.00	\$14.80	\$10.24	\$7.68	\$6.24	\$5.12	\$4.56
\$715.00 - \$857.99	\$500.00	\$20,000.00	\$18.50	\$12.80	\$9.60	\$7.80	\$6.40	\$5.70
\$858.00 - \$999.99	\$600.00	\$20,000.00	\$22.20	\$15.36	\$11.52	\$9.36	\$7.68	\$6.84
\$1,000.00 - \$1,142.99	\$700.00	\$20,000.00	\$25.90	\$17.92	\$13.44	\$10.92	\$8.96	\$7.98
\$1,143.00 - \$1,285.99	\$800.00	\$20,000.00	\$29.60	\$20.48	\$15.36	\$12.48	\$10.24	\$9.12
\$1,286.00 - \$1,428.99	\$900.00	\$20,000.00	\$33.30	\$23.04	\$17.28	\$14.04	\$11.52	\$10.26
\$1,429.00 - \$1,571.99	\$1,000.00	\$20,000.00	\$37.00	\$25.60	\$19.20	\$15.60	\$12.80	\$11.40
\$1,572.00 - \$1,714.99	\$1,100.00	\$20,000.00	\$40.70	\$28.16	\$21.12	\$17.16	\$14.08	\$12.54
\$1,715.00 - \$1,857.99	\$1,200.00	\$20,000.00	\$44.40	\$30.72	\$23.04	\$18.72	\$15.36	\$13.68
\$1,858.00 - \$1,999.99	\$1,300.00	\$20,000.00	\$48.10	\$33.28	\$24.96	\$20.28	\$16.64	\$14.82
\$2,000.00 - \$2,142.99	\$1,400.00	\$20,000.00	\$51.80	\$35.84	\$26.88	\$21.84	\$17.92	\$15.96
\$2,143.00 - \$2,285.99	\$1,500.00	\$20,000.00	\$55.50	\$38.40	\$28.80	\$23.40	\$19.20	\$17.10
\$2,286.00 - \$2,428.99	\$1,600.00	\$20,000.00	\$59.20	\$40.96	\$30.72	\$24.96	\$20.48	\$18.24
\$2,429.00 - \$2,571.99	\$1,700.00	\$20,000.00	\$62.90	\$43.52	\$32.64	\$26.52	\$21.76	\$19.38
\$2,572.00 - \$2,714.99	\$1,800.00	\$20,000.00	\$66.60	\$46.08	\$34.56	\$28.08	\$23.04	\$20.52
\$2,715.00 - \$2,857.99	\$1,900.00	\$20,000.00	\$70.30	\$48.64	\$36.48	\$29.64	\$24.32	\$21.66
\$2,858.00 - \$2,999.99	\$2,000.00	\$20,000.00	\$74.00	\$51.20	\$38.40	\$31.20	\$25.60	\$22.80
\$3,000.00 - \$3,142.99	\$2,100.00	\$20,000.00	\$77.70	\$53.76	\$40.32	\$32.76	\$26.88	\$23.94
\$3,143.00 - \$3,285.99	\$2,200.00	\$20,000.00	\$81.40	\$56.32	\$42.24	\$34.32	\$28.16	\$25.08
\$3,286.00 - \$3,428.99	\$2,300.00	\$20,000.00	\$85.10	\$58.88	\$44.16	\$35.88	\$29.44	\$26.22
\$3,429.00 - \$3,571.99	\$2,400.00	\$20,000.00	\$88.80	\$61.44	\$46.08	\$37.44	\$30.72	\$27.36
\$3,572.00 - \$3,714.99	\$2,500.00	\$20,000.00	\$92.50	\$64.00	\$48.00	\$39.00	\$32.00	\$28.50
\$3,715.00 - \$3,857.99	\$2,600.00	\$20,000.00	\$96.20	\$66.56	\$49.92	\$40.56	\$33.28	\$29.64
\$3,858.00 - \$3,999.99	\$2,700.00	\$20,000.00	\$99.90	\$69.12	\$51.84	\$42.12	\$34.56	\$30.78
\$4,000.00 - \$4,142.99	\$2,800.00	\$20,000.00	\$103.60	\$71.68	\$53.76	\$43.68	\$35.84	\$31.92
\$4,143.00 - \$4,285.99	\$2,900.00	\$20,000.00	\$107.30	\$74.24	\$55.68	\$45.24	\$37.12	\$33.06
\$4,286.00 - \$4,428.99	\$3,000.00	\$20,000.00	\$111.00	\$76.80	\$57.60	\$46.80	\$38.40	\$34.20
\$4,429.00 - \$4,571.99	\$3,100.00	\$20,000.00	\$114.70	\$79.36	\$59.52	\$48.36	\$39.68	\$35.34
\$4,572.00 - \$4,714.99	\$3,200.00	\$20,000.00	\$118.40	\$81.92	\$61.44	\$49.92	\$40.96	\$36.48
\$4,715.00 - \$4,857.99	\$3,300.00	\$20,000.00	\$122.10	\$84.48	\$63.36	\$51.48	\$42.24	\$37.62
\$4,858.00 - \$4,999.99	\$3,400.00	\$20,000.00	\$125.80	\$87.04	\$65.28	\$53.04	\$43.52	\$38.76
\$5,000.00 - \$5,142.99	\$3,500.00	\$20,000.00	\$129.50	\$89.60	\$67.20	\$54.60	\$44.80	\$39.90
\$5,143.00 - \$5,285.99	\$3,600.00	\$20,000.00	\$133.20	\$92.16	\$69.12	\$56.16	\$46.08	\$41.04
\$5,286.00 - \$5,428.99	\$3,700.00	\$20,000.00	\$136.90	\$94.72	\$71.04	\$57.72	\$47.36	\$42.18
\$5,429.00 - \$5,571.99	\$3,800.00	\$20,000.00	\$140.60	\$97.28	\$72.96	\$59.28	\$48.64	\$43.32

# Tabla de beneficios de la póliza (continuación)

Varias opciones de beneficios están disponibles para usted. Puede participar en el Plan bajo cualquiera de los niveles de beneficios que se describen a continuación, siempre que el nivel de Beneficio Mensual por Discapacidad seleccionado no supere el 70% de su Compensación Mensual.

Salario Mensual	Beneficio Mensual por Discapacidad	Beneficio por Muerte por Accidental	Primas Mensuales					
			Plan I (8.º)	Plan II (15.º)	Plan III (31.º)	Plan IV (61.º)	Plan V (91.º)	Plan VI (151.º)
\$5,572.00 - \$5,714.99	\$3,900.00	\$20,000.00	\$144.30	\$99.84	\$74.88	\$60.84	\$49.92	\$44.46
\$5,715.00 - \$5,857.99	\$4,000.00	\$20,000.00	\$148.00	\$102.40	\$76.80	\$62.40	\$51.20	\$45.60
\$5,858.00 - \$5,999.99	\$4,100.00	\$20,000.00	\$151.70	\$104.96	\$78.72	\$63.96	\$52.48	\$46.74
\$6,000.00 - \$6,142.99	\$4,200.00	\$20,000.00	\$155.40	\$107.52	\$80.64	\$65.52	\$53.76	\$47.88
\$6,143.00 - \$6,285.99	\$4,300.00	\$20,000.00	\$159.10	\$110.08	\$82.56	\$67.08	\$55.04	\$49.02
\$6,286.00 - \$6,428.99	\$4,400.00	\$20,000.00	\$162.80	\$112.64	\$84.48	\$68.64	\$56.32	\$50.16
\$6,429.00 - \$6,571.99	\$4,500.00	\$20,000.00	\$166.50	\$115.20	\$86.40	\$70.20	\$57.60	\$51.30
\$6,572.00 - \$6,714.99	\$4,600.00	\$20,000.00	\$170.20	\$117.76	\$88.32	\$71.76	\$58.88	\$52.44
\$6,715.00 - \$6,857.99	\$4,700.00	\$20,000.00	\$173.90	\$120.32	\$90.24	\$73.32	\$60.16	\$53.58
\$6,858.00 - \$6,999.99	\$4,800.00	\$20,000.00	\$177.60	\$122.88	\$92.16	\$74.88	\$61.44	\$54.72
\$7,000.00 - \$7,142.99	\$4,900.00	\$20,000.00	\$181.30	\$125.44	\$94.08	\$76.44	\$62.72	\$55.86
\$7,143.00 - \$7,285.99	\$5,000.00	\$20,000.00	\$185.00	\$128.00	\$96.00	\$78.00	\$64.00	\$57.00
\$7,286.00 - \$7,428.99	\$5,100.00	\$20,000.00	\$188.70	\$130.56	\$97.92	\$79.56	\$65.28	\$58.14
\$7,429.00 - \$7,571.99	\$5,200.00	\$20,000.00	\$192.40	\$133.12	\$99.84	\$81.12	\$66.56	\$59.28
\$7,572.00 - \$7,714.99	\$5,300.00	\$20,000.00	\$196.10	\$135.68	\$101.76	\$82.68	\$67.84	\$60.42
\$7,715.00 - \$7,857.99	\$5,400.00	\$20,000.00	\$199.80	\$138.24	\$103.68	\$84.24	\$69.12	\$61.56
\$7,858.00 - \$7,999.99	\$5,500.00	\$20,000.00	\$203.50	\$140.80	\$105.60	\$85.80	\$70.40	\$62.70
\$8,000.00 - \$8,142.99	\$5,600.00	\$20,000.00	\$207.20	\$143.36	\$107.52	\$87.36	\$71.68	\$63.84
\$8,143.00 - \$8,285.99	\$5,700.00	\$20,000.00	\$210.90	\$145.92	\$109.44	\$88.92	\$72.96	\$64.98
\$8,286.00 - \$8,428.99	\$5,800.00	\$20,000.00	\$214.60	\$148.48	\$111.36	\$90.48	\$74.24	\$66.12
\$8,429.00 - \$8,571.99	\$5,900.00	\$20,000.00	\$218.30	\$151.04	\$113.28	\$92.04	\$75.52	\$67.26
\$8,572.00 - \$8,713.99	\$6,000.00	\$20,000.00	\$222.00	\$153.60	\$115.20	\$93.60	\$76.80	\$68.40
\$8,714.00 - \$8,856.99	\$6,100.00	\$20,000.00	\$225.70	\$156.16	\$117.12	\$95.16	\$78.08	\$69.54
\$8,857.00 - \$8,999.99	\$6,200.00	\$20,000.00	\$229.40	\$158.72	\$119.04	\$96.72	\$79.36	\$70.68
\$9,000.00 - \$9,142.99	\$6,300.00	\$20,000.00	\$233.10	\$161.28	\$120.96	\$98.28	\$80.64	\$71.82
\$9,143.00 - \$9,285.99	\$6,400.00	\$20,000.00	\$236.80	\$163.84	\$122.88	\$99.84	\$81.92	\$72.96
\$9,286.00 - \$9,428.99	\$6,500.00	\$20,000.00	\$240.50	\$166.40	\$124.80	\$101.40	\$83.20	\$74.10
\$9,429.00 - \$9,570.99	\$6,600.00	\$20,000.00	\$244.20	\$168.96	\$126.72	\$102.96	\$84.48	\$75.24
\$9,571.00 - \$9,713.99	\$6,700.00	\$20,000.00	\$247.90	\$171.52	\$128.64	\$104.52	\$85.76	\$76.38
\$9,714.00 - \$9,856.99	\$6,800.00	\$20,000.00	\$251.60	\$174.08	\$130.56	\$106.08	\$87.04	\$77.52
\$9,857.00 - \$9,999.99	\$6,900.00	\$20,000.00	\$255.30	\$176.64	\$132.48	\$107.64	\$88.32	\$78.66
\$10,000.00 - \$10,142.99	\$7,000.00	\$20,000.00	\$259.00	\$179.20	\$134.40	\$109.20	\$89.60	\$79.80
\$10,143.00 - \$10,285.99	\$7,100.00	\$20,000.00	\$262.70	\$181.76	\$136.32	\$110.76	\$90.88	\$80.94
\$10,286.00 - \$10,428.99	\$7,200.00	\$20,000.00	\$266.40	\$184.32	\$138.24	\$112.32	\$92.16	\$82.08
\$10,429.00 - \$10,570.99	\$7,300.00	\$20,000.00	\$270.10	\$186.88	\$140.16	\$113.88	\$93.44	\$83.22
\$10,571.00 - \$10,713.99	\$7,400.00	\$20,000.00	\$273.80	\$189.44	\$142.08	\$115.44	\$94.72	\$84.36
\$10,714.00 - y más	\$7,500.00	\$20,000.00	\$277.50	\$192.00	\$144.00	\$117.00	\$96.00	\$85.50

# Cláusulas adicionales y limitaciones de beneficios

## Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

Esta cláusula adicional está diseñada para pagar un monto de beneficio diario por una hospitalización, hasta un máximo de 90 días, si está internado en un hospital.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria:

Los beneficios no son pagaderos por Lesiones o Enfermedades incurridas en los primeros 12 meses de cobertura debido a una condición preexistente como se define en la póliza base. El paciente debe estar internado en un hospital durante un mínimo de 18 horas y se le cobra alojamiento y comida.

Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria	
Cantidad de beneficio diario	Prima Mensual
\$100.00	\$6.00
\$150.00	\$9.00

## Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio mensual si su cónyuge sufre una Discapacidad debido a un accidente no laboral.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficios del cónyuge por accidente solamente:

Le paga un monto de beneficio mensual para su cónyuge que está discapacitado como resultado de un accidente no laboral. Los beneficios comienzan el 31<sup>er</sup> día consecutivo después de la lesión y continuarán hasta por dos años.

Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente		
Cantidad de beneficio mensual	Salario anual	Prima Mensual
\$500.00	hasta \$10,000.00	\$4.00
\$1,000.00	\$10,001.00 - \$20,000.00	\$8.00
\$1,500.00	\$20,001.00 - \$30,000.00	\$12.00
\$2,000.00	\$30,001.00 y más.	\$16.00

## Cláusula adicional de financiación de COBRA

Esta cláusula adicional está diseñada para ayudar a cubrir el costo de las primas de COBRA si elige la cobertura de COBRA mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de financiación de COBRA:

Para recibir los beneficios en virtud de esta Cláusula adicional, debe: estar recibiendo beneficios en virtud de su plan base de Discapacidad; elegir cobertura médica de COBRA; y estar pagando las primas médicas de COBRA. Este beneficio pagará hasta el final del período de beneficios por discapacidad o hasta el final de su período de beneficios médicos de COBRA, lo que ocurra primero.

Cláusula adicional de financiación de COBRA	
Cantidad de beneficio mensual	Prima Mensual
\$300.00	\$4.50
\$600.00	\$9.00

## Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio a su beneficiario o sucesión si fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad.

### Resumen de los beneficios de la cláusula adicional de beneficio de sobreviviente:

Los beneficios son pagaderos si ha estado discapacitado y no ha trabajado durante al menos 90 días, y fallece mientras recibe Beneficios por Discapacidad. Paga un beneficio mensual hasta por un año o hasta que se agote el período máximo de discapacidad, lo que ocurra primero.

Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente	
Cantidad de beneficio mensual	Prima Mensual
\$2,000.00	\$6.80

## Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

Esta cláusula adicional está diseñada para proporcionar un beneficio de suma global basado en el diagnóstico de una determinada enfermedad crítica.

### Resumen de beneficios de la cláusula adicional de beneficio por enfermedad grave:

Los beneficios se pagan en una suma global única basada en el diagnóstico de las siguientes condiciones: ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, parálisis o insuficiencia orgánica principal. En el caso de infarto de miocardio, un médico debe realizar el diagnóstico y el tratamiento debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas.

Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica	
Cantidad de beneficio	Prima Mensual
\$10,000.00	\$9.80
\$15,000.00	\$13.18
\$20,000.00	\$16.56
\$25,000.00	\$19.94

## Limitaciones y exclusiones de la cláusula adicional de beneficios

### Cláusula adicional de beneficio limitado por indemnización hospitalaria

El Beneficio de Hospitalización no será pagadero por una Lesión o Enfermedad sufrida en los primeros 12 meses de cobertura si la Lesión o Enfermedad es causada por o como resultado de una Condición Preexistente como se define en la Póliza. Además de las Exclusiones enumeradas en la Póliza, no se pagarán beneficios en virtud de esta Cláusula adicional por cualquier Hospitalización causada o derivada de una Enfermedad mental o Abuso de drogas o alcohol. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. Las hospitalizaciones sucesivas se considerarán como una hospitalización si están separadas por menos de 90 días de hospitalización.

El término "Hospital" no incluirá una institución utilizada por usted como lugar de rehabilitación; un lugar para el descanso o para los ancianos; un asilo de ancianos o de convalecencia; una unidad de enfermería a largo plazo o sala de geriatría; o como centro de atención extendida para el cuidado de pacientes convalecientes, en rehabilitación o ambulatorios.

### Cláusula adicional de beneficio por enfermedad crítica

La Cláusula adicional por enfermedad crítica no será pagadera por ninguna pérdida causada o derivada de: (a) una Enfermedad Crítica cuando la Fecha de Diagnóstico ocurra durante el Período de Espera; (b) una Enfermedad Crítica diagnosticada fuera de los Estados Unidos; o (c) una Enfermedad o Lesión no definida específicamente en esta Cláusula adicional.

No se pagará ningún Beneficio por Enfermedad Crítica por una Enfermedad Crítica causada o derivada de una Condición Preexistente cuando la Fecha de Diagnóstico de la Enfermedad Crítica ocurra antes de que usted haya estado cubierto de manera continua bajo esta Cláusula adicional durante 12 meses consecutivos. Después de 12 meses consecutivos, esta exclusión no se aplica.

Condición preexistente significa una enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental por la cual ha experimentado cualquiera de los siguientes: (a) tratamiento; (b) gasto incurrido; (c) medicamentos tomados; (d) atención o servicios recibidos, incluidas pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o (e) recibió un diagnóstico o asesoramiento de un Médico, durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de esta Cláusula adicional. El término Condición Preexistente también incluirá condiciones relacionadas con dicha enfermedad, lesión, dolencia, condición física o enfermedad mental. Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años. No se pagarán beneficios por una enfermedad grave cuando la fecha de diagnóstico se produzca durante el período de espera por enfermedad crítica. El período de espera es de 30 días a partir de la fecha de entrada en vigor de esta Cláusula adicional.

### Cláusula adicional de financiación de COBRA

La prueba de la elección de la continuación médica de COBRA debe proporcionarse a American Fidelity. Se requerirá prueba de participación médica continua en COBRA antes de que se paguen los beneficios en virtud de esta Cláusula adicional. Su empleo debe haber terminado para que el beneficio sea pagadero.

### Cláusula adicional de beneficios del cónyuge por discapacidad debido a un accidente solamente

Esta Cláusula adicional no proporciona beneficios para su Cónyuge por cualquier Discapacidad, mortal o no mortal, que resulte de cualquiera de los

siguientes: (a) Lesiones autoinfligidas intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; (b) Un acto de guerra, declarada o no; (c) Lesión sufrida o contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; (d) Comisión de un delito grave; (e) Encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios durante ningún período durante el cual su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional o por cualquier Lesión que ocurra mientras su Cónyuge esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional; (f) Lesión que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual su Cónyuge tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. El término "con derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo" también incluirá las liquidaciones de reclamaciones por Indemnización por Accidente de Trabajo que ocurran a través de compromiso y liberación. Además, no se pagarán beneficios en virtud de esta Póliza durante ningún período durante el cual su Cónyuge tenga derecho a los beneficios de Indemnización por Accidente de Trabajo; (g) Participación en cualquier deporte por salario o ganancia; (h) Participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo motorizado por salario o ganancia.

Cónyuge significa la persona con la que está casado legalmente y que tiene menos de 70 años. No se pagan beneficios para su Cónyuge en virtud de esta Cláusula adicional por una discapacidad causada por una lesión que ocurrió fuera de los Estados Unidos o sus territorios. No se proporcionará ningún beneficio por ningún período en el que su Cónyuge no esté bajo el cuidado regular y adecuado de un Médico. No se pagarán beneficios por cualquier Lesión a su Cónyuge que sea causada por o que resulte del abuso conyugal.

### Cláusula adicional de beneficio de sobreviviente

La Póliza no cubre ninguna pérdida, mortal o no mortal, que resulte de: lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea durante estado de cordura o demencia; un acto de guerra, declarada o no declarada; Lesión sufrida o Enfermedad contraída al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país; comisión de un delito grave; encarcelamiento en una institución penitenciaria. American Fidelity no pagará beneficios por Discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier período en el que esté encarcelado en una institución penitenciaria o correccional por un período de 30 días consecutivos o más; o Lesión o Enfermedad que surja de y en el curso de cualquier ocupación por salario o ganancia o por la cual tenga derecho a Indemnización por Accidente de Trabajo. No se proporcionará ningún pago por discapacidad durante ningún período en el que no esté bajo la atención regular y adecuada de un médico.

Su cobertura con respecto a las cláusulas adicionales enumeradas anteriormente finalizará en la primera de estas fechas: el final del último período por el cual se pagó la prima; la fecha en que nos notifica por escrito para cancelar la cobertura; la fecha en que se suspende la cláusula adicional; la fecha en que se cancela la póliza; o la fecha en que termina su empleo.

La disponibilidad de las cláusulas adicionales puede variar según el estado, el empleador y la cobertura a corto plazo con un período de beneficios de menos de 12 meses. Las cláusulas adicionales están sujetas a nuestras pautas generales de suscripción y la cobertura no está garantizada. Las cláusulas adicionales tienen limitaciones, exclusiones y períodos de espera. Consulte su póliza para obtener detalles completos. Estas cláusulas adicionales terminarán en la misma fecha que la Póliza o el Certificado al que se adjunta.



**Vea e imprima sus pólizas y presente una reclamación en [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)**

El Centro de Servicio en Línea de American Fidelity le brinda acceso conveniente y seguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana para administrar su cuenta o presentar una reclamación.

Comercializado por:



Suscrito y administrado por:  
**AMERICAN FIDELITY**   
a different opinion

800-654-8489 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)



**Allstate**  
BENEFITS

Protección para el  
tratamiento del cáncer y  
de 29 enfermedades  
específicas

## Seguro contra el cáncer

Recibir un diagnóstico de cáncer puede ser uno de los eventos más aterradores de la vida. Desafortunadamente, las estadísticas muestran que usted probablemente conoce a alguien que ha estado en esta situación.

Con el seguro de cáncer de Allstate Benefits, usted puede descansar un poco más fácilmente. Nuestra cobertura le paga un beneficio en efectivo para ayudarlo con los costos asociados con los tratamientos, para pagar los gastos cotidianos y, lo más importante, para que pueda buscar la atención que necesita.

### Así es como funciona

Usted elige la cobertura adecuada para usted y su familia. Nuestro seguro de cáncer paga beneficios en efectivo para el cáncer y 29 enfermedades específicas para ayudar con el costo de los tratamientos y los gastos a medida que ocurren. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se asigne otra entidad. Con los beneficios en efectivo que puede recibir de esta cobertura, es posible que no necesite usar los fondos de su Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para tratamientos y gastos relacionados con el cáncer o enfermedades específicas.

### Satisfaciendo sus necesidades

- Incluye cobertura para el cáncer y 29 enfermedades específicas
- Los beneficios se le pagan directamente a usted a menos que se asignen de otra manera
- Cobertura disponible para dependientes
- Exención de la prima después de 90 días de discapacidad debido al cáncer por el tiempo que dure su discapacidad (sólo para el empleado)
- La cobertura puede continuar; consulte su certificado para más detalles
- Se agregaron beneficios adicionales para mejorar su cobertura

Con Allstate Benefits, usted puede proteger sus finanzas si se enfrenta a un diagnóstico inesperado de cáncer o de una enfermedad específica. **Beneficios prácticos para la vida diaria.**<sup>®</sup>

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUScriptor DEL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO AL COMPRAR ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO ES SUScriptor, EL EMPLEADOR PIERDE LOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN LO QUE SE REFIERE A LOS QUE NO SON SUScriptORES Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE SE DEBEN PRESENTAR Y PUBLICAR.

<sup>1</sup>Life After Cancer: Survivorship by the Numbers, American Cancer Society, 2017.

<sup>2</sup>Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures, 2019-2021

**SABÍA ?**  
USTED QUE ?



*La detección precoz, la mejora de los tratamientos y el acceso a la atención son factores que influyen en la supervivencia al cáncer<sup>1-2</sup>*

## 22.1 millones

*El número de sobrevivientes de cáncer en los Estados Unidos está aumentando y se espera que aumente a casi 22.1 millones para el año 2030<sup>2</sup>*

**Ofrecido a los empleados de:**

## Galena Park ISD

# Conozca a TJ

TJ es como cualquier otra persona que ha sido diagnosticado con cáncer. Él está preocupado por su esposa y por cómo ella lidiará con su enfermedad y su tratamiento. Más importante aún, a él le preocupa cómo pagará por su tratamiento.

Esto es lo que le agobia su mente:

- Los servicios médicos principales sólo pagan una parte de los gastos asociados con mi tratamiento
- Tengo copagos de los que soy responsable hasta que cumpla con mi deducible
- Si no estoy trabajando debido a tratamientos, debo cubrir mis cuentas, alquiler/hipoteca, comestibles y otros gastos diarios
- Si no se dispone del tratamiento adecuado localmente, tendré que viajar para conseguir el tratamiento que necesito



Así es como la historia de diagnóstico y tratamiento de TJ se convirtió en un final feliz, porque él tenía un Seguro de Cáncer suplementario para ayudar con los gastos.



## ELIJA

TJ elige los beneficios para ayudar a protegerse a sí mismo y a su esposa si se le diagnostica cáncer o una enfermedad específica.



## UTILICE

TJ se somete a su prueba anual de salud y es diagnosticado por primera vez con cáncer de próstata. Su médico revisa los resultados con él y le recomienda pruebas preoperatorias y cirugía.

Esta es la trayectoria del tratamiento de TJ:

- TJ viaja a un hospital especializado a 400 millas de donde vive y se somete a pruebas preoperatorias
- Él es ingresado al hospital para una cirugía laparoscópica de cáncer de próstata
- TJ se somete a una cirugía y pasa varias horas en la sala de espera de recuperación
- Es trasladado a su habitación, donde es visitado por su médico durante una estancia hospitalaria de 2 días
- TJ es dado de alta, tratamiento y cuidado es requerido por el médico durante un período de recuperación de 2 meses

TJ continúa luchando contra su cáncer y siguiendo los tratamientos recomendados por su médico.



## RECLAME

El reclamo de TJ's por cáncer le pagó beneficios en efectivo por lo siguiente:

Beneficio de bienestar
Diagnóstico inicial del cáncer
Confinamiento hospitalario continuo
Transporte no local
Cirugía
Anestesia
Imágenes médicas
Medicamentos para pacientes internos
Asistencia médica
Anti-Náusea

Para obtener una lista de beneficios y montos, vea el inserto de tarifas de su empresa

## Usando su beneficio en efectivo

Los beneficios en efectivo le ofrecen opciones, porque usted decide cómo usarlos.



### Finanzas

Puede ayudar a proteger su cuenta de salud (HSA), ahorros, planes de jubilación y 401(k)s de ser agotados.



### Viajes

Puede ayudar a pagar los gastos mientras recibe tratamiento en otra ciudad.



### Hogar

Puede ayudar a pagar la hipoteca, continuar pagos de alquiler, o hacer reparaciones necesarias en casa para el cuidado posterior.

### Gastos

Puede ayudar a pagar los gastos de subsistencia de su familia, tales como facturas, electricidad y combustible.



## MyBenefits: 24/7 Access [allstatebenefits.com/mybenefits](http://allstatebenefits.com/mybenefits)

Un sitio web fácil de usar que ofrece acceso 24/7 a información importante sobre sus beneficios. Además, puede someter y chequear sus reclamaciones (incluido el historial de reclamos), solicitar que su beneficio en efectivo sea depositado directamente, hacer cambios en su información personal y más.

## Beneficios de Bienestar

Biopsia para cáncer de piel; Análisis de sangre para triglicéridos, CA15-3 (cáncer de mama), CA125 (cáncer de ovario), CEA (cáncer de colon), PSA (cáncer de próstata); Prueba de médula ósea; Radiografía de tórax; Colonoscopia; Examen Doppler para carótidas o enfermedad vascular periférica; Ecocardiograma; ECG; Sigmoidoscopia flexible; Análisis de hemogramas; Vacunación contra el VPH (virus del papiloma humano); panel de lípidos (recuento de colesterol total); mamografía, incluyendo ultrasonido de mama; frotis de Papanicolaou, incluyendo la prueba de Papanicolaou ThinPrep; electroforesis de proteínas en suero (prueba de mieloma); prueba de esfuerzo en bicicleta o en cinta sin fin; termografía; y prueba de ultrasonido para la detección del abdomen aneurismas aórticos.

**Beneficios** (sujeto a los máximos que figuran en el inserto de tarifas adjunto)

## CONFINAMIENTO HOSPITALARIO Y BENEFICIOS RELACIONADOS

**Confinamiento hospitalario continuo** - admisión y confinamiento de pacientes hospitalizados

**Hospital gubernamental u hospital de beneficencia** - confinamientos en lugar de todos los demás beneficios, excepto a exención de prima

**Servicios privados de enfermería** - servicios de enfermería de tiempo completo autorizados por el médico de cabecera

**Centro de cuidados extendidos** - dentro de los 14 días de una estadía en el hospital; pagadero hasta el número de días de la estadía en el hospital

**Enfermería en el hogar** - la atención privada de enfermería debe comenzar dentro de los 14 días de una estadía hospitalaria cubierta; se paga hasta el número de días de la estadía hospitalaria anterior

**Hospicio o equipo de cuidados paliativos** - atención de enfermedades terminales en un centro o en el hogar; una visita por día

## RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA Y BENEFICIOS RELACIONADOS

**Radiación/quimioterapia por el cáncer** - tratamientos cubiertos para destruir o modificar el tejido canceroso

**Sangre, plasma y plaquetas** - transfusiones, administración, procesamiento, obtención, emparejamiento cruzado

**Medicamentos hematológicos** - aumenta las líneas celulares para los recuentos de glóbulos blancos/rojos y plaquetas; pagadero cuando se paga el beneficio de radiación/quimioterapia por cáncer

**Imágenes médicas** - diagnóstico inicial o evaluación de seguimiento basada en un examen de imágenes cubiertos

## CIRUGÍA Y BENEFICIOS RELACIONADOS

**Cirugía\*** - basada en el Certificado de Procedimientos Quirúrgicos

**Anestesia** - 25% del beneficio de la cirugía por la anestesia recibida por un anestesista

**Trasplante de médula ósea o de células madre** - autólogo, no autólogo para el tratamiento de cáncer o enfermedades específicas distintas de la leucemia, o no autólogo para el tratamiento de la leucemia

**Centro quirúrgico ambulatorio** - pagadero sólo si se paga el beneficio de cirugía

**Segunda opinión** - segunda opinión para cirugía o tratamiento por un médico que no está en la práctica con su médico

## BENEFICIOS MISCELÁNEOS

**Medicamentos para pacientes internos** - no incluye medicamentos/medicina cubiertos por los beneficios de radioterapia/quimioterapia para el cáncer o beneficio de anti-náusea

**Asistencia médica** - una visita de un médico a un paciente interno

**Ambulancia** - traslado al hospital o desde el hospital cuando sea internado por un servicio autorizado o por una ambulancia propiedad del hospital

**Transporte no local** - obtener tratamiento no disponible localmente

**Alojamiento ambulatorio** - a más de 100 millas del hogar

**Alojamiento y transporte para un familiar** - un miembro adulto de la familia que viaja con usted durante su estadía en un hospital no local para recibir tratamiento especializado. Transporte no es pagado si se paga el beneficio de transporte no local

**Terapia física o del habla** - para restaurar la función normal del cuerpo

**Tratamiento nuevo o experimental** - pagadero si el médico considera que es necesario y sólo para el tratamiento que no está cubierto por otros beneficios de la póliza

**Prótesis** - implante quirúrgico del dispositivo protésico para cada amputación

**Prótesis capilares** - peluca o postizo cada dos años debido a la pérdida de cabello

**Prótesis mamarias externas no quirúrgicas** - prótesis inicial después de una mastectomía cubierta

**Beneficio de Anti-Náusea** - medicamentos recetados contra las náuseas que se administran de forma ambulatoria

**Exención de prima\*\*** - debe estar incapacitado 90 días seguidos debido al cáncer, siempre y cuando la incapacidad

## BENEFICIOS OPCIONALES/ADICIONALES

**Diagnóstico inicial del cáncer** - para el primer diagnóstico de cáncer que no sea cáncer de piel

**Cuidados intensivos (UCI)** a. Confinamiento en UCI - confinamientos por enfermedad o accidente hasta 45 días de estadía  
b. Confinamiento en cuidados intermedios en UCI - confinamientos hasta 45 días de estadía  
c. Ambulancia - servicio de ambulancia aérea o de superficie autorizado a la UCI

**Beneficio de bienestar** - una vez al año por uno de los 23 exámenes. Vea a la izquierda la lista de exámenes de bienestar

## ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

**29 Enfermedades específicas cubiertas:** esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig), distrofia muscular, poliomiéltis, esclerosis múltiple, encefalitis, rabia, tétanos, tuberculosis, osteomielitis, difteria, fiebre escarlata, meningitis cerebroespinal, brucelosis, anemia drepanocítica, talasemia, fiebre maculosa de las montañas rocosas, Enfermedad del Legionario, Enfermedad de Addison, Enfermedad de Hansen, Tularemia, Hepatitis (Crónica B o C), Fiebre Tifoidea, Miastenia Gravis, Síndrome de Reye, Colangitis Esclerosante Primaria (Enfermedad de Walter Payton), Enfermedad de Lyme, Lupus Eritematoso Sistémico, Fibrosis Quística, y Cirrosis Biliar Primaria

\*Dos o más cirugías realizadas al mismo tiempo se consideran una sola operación. Se pagará la operación con el mayor beneficio. A los pacientes ambulatorios se les paga el 150% de la cantidad indicada en el Programa de Procedimientos Quirúrgicos. No paga por otras cirugías cubiertas por otros beneficios. \*\*Premias exentas para el empleado solamente

# Seguro de Cáncer (GVCP3)

Incluye cobertura para 29 enfermedades específicas de Allstate Benefits

Ofrecido a los empleados de:  
**Galena Park ISD**

## MONTOS DE BENEFICIOS

CONFINAMIENTO HOSPITALARIO Y BENEFICIOS RELACIONADOS	PLAN 1	PLAN 2
Confinamiento hospitalario continuo (diario)	\$200	\$300
Hospital gubernamental o de beneficencia (diario)	\$200	\$300
Servicios privados de enfermería (diario)	\$200	\$300
Centro de cuidados extendidos (diario)	\$200	\$300
Enfermería en el hogar (diario)	\$200	\$300
Centro de cuidados de hospicio (diario) o Equipo de cuidados paliativos (por visita)	\$200	\$300
RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA/BENEFICIOS RELACIONADOS	PLAN 1	PLAN 2
Radiación/quimioterapia para el cáncer <sup>1</sup> (cada 12 meses)	\$5,000	\$15,000
Sangre, plasma y plaquetas <sup>1</sup> (cada 12 meses)	\$5,000	\$15,000
Medicamentos hematológicos <sup>1</sup> (cada 12 meses)	\$100	\$300
Imágenes médicas <sup>1</sup> (cada 12 meses)	\$250	\$750
CIRUGÍA Y BENEFICIOS RELACIONADOS	PLAN 1	PLAN 2
Cirugía <sup>2</sup>	\$1,500	\$3,000
Anestesia (% del beneficio de la cirugía)	25%	25%
Trasplante de médula ósea o de células madre (una vez al año)		
1. Autólogo	\$500	\$1,000
2. No autólogo (cáncer o tratamiento de enfermedades específicas)	\$1,250	\$2,500
3. No autólogo (Leucemia)	\$2,500	\$5,000
Centro quirúrgico ambulatorio (diario)	\$250	\$500
Segunda opinión	\$200	\$400
BENEFICIOS MISCELÁNEOS	PLAN 1	PLAN 2
Medicamentos para pacientes internos (diario)	\$25	\$25
Asistencia médica (diario)	\$50	\$50
Ambulancia (por confinamiento)	\$100	\$100
Transporte no local <sup>1</sup> (tarifa de autobús o cantidad indicada por milla*)	0.40/Milla	0.40/Milla
Alojamiento ambulatorio (diario; límite \$2,000/período de 12 meses)	\$50	\$50
Alojamiento para un familiar (diario por viaje; máximo 60 días) y transporte (tarifa de autobús o cantidad indicada por milla**)	0.40/Milla	0.40/Milla
Terapia física o del habla (diario)	\$50	\$50
Tratamiento nuevo o experimental <sup>3</sup> (cada 12 meses)	\$5,000	\$5,000
Prótesis <sup>3</sup> (por amputación)	\$2,000	\$2,000
Prótesis capilares (cada 2 años)	\$25	\$25
Prótesis mamarias externas no quirúrgicas <sup>1</sup>	\$50	\$50
Beneficio de anti-náusea <sup>1</sup> (una vez por año calendario)	\$200	\$200
Exención de prima (sólo el empleado)	Sí	Sí
BENEFICIOS OPCIONALES/ADICIONALES	PLAN 1	PLAN 2
Diagnóstico inicial del cáncer (beneficio único)	\$5,000	\$3,000
Cuidados intensivos (UCI)		
UCI (diario)	\$300	\$300
Cuidados intermedios (diario)	\$150	\$150
Ambulancia	Cargos actuales	Cargos actuales
Beneficio de bienestar	\$100	\$100

<sup>1</sup>Paga el costo actual hasta la cantidad indicada. <sup>2</sup>Paga los gastos actuales hasta la cantidad indicada en el certificado de Lista de Procedimientos Quirúrgicos. La cantidad pagada depende de la cirugía. <sup>3</sup>Paga los gastos actuales hasta la cantidad indicada. \*Al menos a 70 millas de distancia, hasta 700 millas. \*\*Transporte hasta 700 millas por confinamiento hospitalario continuo.

## PRIMAS DEL PLAN 1

MODO	EE	EE + SP	EE + CH	F
Quincenal	\$10.17	\$16.33	\$14.25	\$20.40

## PRIMAS DEL PLAN 1

MODO	EE	EE + SP	EE + CH	F
Quincenal	\$16.34	\$25.44	\$23.11	\$32.21

Edades de emisión: 18 o más si activo en el trabajo

EE=Empleado; EE + SP = Empleado + Cónyuge;  
EE + CH = Empleado + Hijo(s); F = Familia

FOR HOME OFFICE USE ONLY - GVCP3

Opt 1-2Hosp; 2Rad; 1Surg; 1Misc; 5Nit; 3ICU; 4Well; 0Prog

Opt 2-3Hosp; 6Rad; 2Surg; 1Misc; 3Nit; 3ICU; 4Well; 0Prog

V.2022.05.31 FA Rate Insert Creation Date: 6/13/2022



Para uso en inscripciones ubicadas en: TX. Este inserto de tarifas es parte del folleto aprobado para Galena Park ISD y no debe usarse por sí solo.

Este material es válido mientras la información permanezca actualizada, pero en ningún caso después del 13 de junio de 2025. Allstate Benefits es el nombre comercial utilizado por American Heritage Life Insurance Company (Home Office, Jacksonville, FL), una subsidiaria de The Allstate Corporation. ©2022 Allstate Insurance Company. www.allstate.com o allstatebenefits.com.



## Beneficios prácticos para la vida diaria.<sup>sm</sup>

Cuando elige Allstate Benefits, recibe más que sólo una cobertura que le ayuda a proteger sus finanzas cuando enfrenta las incertidumbres de la vida; también obtiene el respaldo de la promesa Good Hands<sup>®</sup>.

Llevamos más de 50 años asegurando y protegiendo a las familias con el nombre que América conoce y en el que confía. Nuestras opciones de cobertura asequibles y valiosas ayudan a empoderar a las personas trabajadoras y sus familias para que tomen las mejores decisiones para su atención y sus finanzas.

Después de elegir la cobertura, regístrese en nuestro sitio web, MyBenefits, para acceder en cualquier momento a su cobertura e información de beneficios. Además, MyBenefits le permite presentar reclamaciones rápidas y fáciles que depositaremos directamente en su cuenta bancaria (se requiere autorización de depósito directo).

Beneficios de Allstate. Podemos ayudar a brindarle a usted y a su familia tranquilidad financiera. ¿Estás en buenas manos?<sup>®</sup>

## DEFINICIONES

**Cargo actual vs. Costo actual**

**Cargo actual** – La cantidad facturada por un tratamiento o servicio antes de cualquier descuento o pago del seguro.

**Costo actual** – La cantidad efectivamente pagada por usted o en su nombre, aceptada como pago total por el proveedor de bienes o servicios.

## ESPECIFICACIONES DEL CERTIFICADO

### Elegibilidad

La cobertura puede incluirlo a usted, a su cónyuge o pareja doméstica y a los hijos menores de 26 años.

### Terminación de la cobertura

La cobertura de la póliza termina en la fecha en que se cancela la póliza; el último día en que se hicieron los pagos de la prima; el último día de empleo activo, a menos que la cobertura continúe debido a despido temporal, licencia de ausencia o licencia familiar y médica; la fecha en que usted o su clase ya no son elegibles.

La cobertura del cónyuge/pareja doméstica termina con el divorcio/terminación de la pareja o su muerte. La cobertura para hijos termina cuando el hijo cumple 26 años, a menos que siga cumpliendo con los requisitos de un dependiente elegible.

### Privilegio de portabilidad

La cobertura puede continuar bajo la Disposición de Portabilidad cuando termina la cobertura bajo la póliza. Refiérase a su Certificado de Seguro para más detalles.

## LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

### Limitación de condiciones preexistentes

No pagamos beneficios por una condición preexistente durante el período de 12 meses comenzando en la fecha en que comienzo la cobertura de esa persona. Una condición preexistente es una enfermedad o afección cuyos se recibió asesoramiento o tratamiento médico de un profesional médico dentro del período de 12 meses antes de la fecha de efectividad.

### Exclusiones y limitaciones

No pagamos por ninguna pérdida excepto por las pérdidas debidas al cáncer o a una enfermedad específica. No se pagan beneficios por condiciones causadas o agravadas por el cáncer o una enfermedad específica. El tratamiento y los servicios deben ser necesarios debido al cáncer o a una enfermedad específica y deben recibirse en los Estados Unidos o en sus territorios.

**Limitación del equipo de cuidados paliativos:** Los servicios no están cubiertos para alimentos o comidas, cuidado de salud del bebé sano, voluntarios o apoyo para la familia después de la muerte de la persona cubierta.

**Limitación de sangre, plasma y plaquetas:** No incluye inmunoglobulinas ni sangre reemplazada por donantes.

Para los beneficios de **Cirugía, tratamiento nuevo o experimental y prótesis** pagamos el 50% del máximo aplicable cuando no se pueden obtener cargos específicos como prueba de pérdida.

Para el beneficio de **radiación/quimioterapia por cáncer** no pagamos por: ninguna otra sustancia química que pueda administrarse con o junto con la radiación/quimioterapia; la planificación, consulta o manejo del tratamiento; el diseño y construcción de dispositivos de tratamiento; el cálculo de la dosimetría de radiación básica; cualquier tipo de pruebas de laboratorio; radiografías u otras imágenes utilizadas para el diagnóstico o monitoreo; las pruebas diagnósticas relacionadas con estos tratamientos; o cualquier dispositivo o suministro, incluidas las soluciones intravenosas y las agujas relacionadas con estos tratamientos.

### Exclusiones y limitaciones de condiciones preexistentes

No se pagan los beneficios por intento de suicidio o por lesiones autoinfligidas intencionalmente, por intoxicación o por estar bajo la influencia de drogas no prescritas por un médico, o por alcoholismo o drogadicción. No se pagan los beneficios por el confinamiento en una unidad de cuidados que no cumpla los requisitos de una unidad de cuidados intensivos de hospital, incluidos los cuidados progresivos, los cuidados intensivos subagudos, los cuidados intermedios, las habitaciones privadas con monitorización o las unidades de cuidados menores. Los beneficios no se pagan por el confinamiento en las siguientes unidades: salas de telemetría o de recuperación quirúrgica; cuidados postanestésicos; cuidados progresivos; cuidados intermedios; habitaciones privadas con monitorización; unidades de observación en salas de emergencia o unidades de cirugía ambulatoria; camas, pabellones o habitaciones privadas o semiprivadas; salas de emergencia, de parto o de alumbramiento; u otras instalaciones que no cumplen con las normas de una unidad de cuidados intensivos de hospital. Los beneficios no se pagan por los confinamientos continuos ocurridos durante una hospitalización previa a la fecha de vigencia. Los niños nacidos dentro de los 10 meses siguientes a la fecha de efectividad no están cubiertos por el confinamiento que se produzca o comience durante los primeros 30 días de vida del niño. No se pagan los gastos de ambulancia si se pagan en el beneficio de Ambulancia por cáncer y enfermedades específicas.

**Este folleto es para uso en inscripciones situadas en TX y es incompleto sin el inserto de tarifas que lo acompaña. Este anuncio es una solicitud de seguro; el contacto puede ser realizado por un agente, agencia o representante de Allstate Benefits..**

**Este material es válido mientras la información permanezca actualizada, pero en ningún caso después del 13 de junio de 2025.**

Los beneficios contra el cáncer grupales se proporcionan bajo el formulario de póliza GVCP3 o variaciones estatales de este.

**La cobertura proporcionada es un beneficio limitado de seguro suplementario contra el cáncer y enfermedades específicas.** La póliza no es una póliza suplementaria de Medicare. Si es elegible para Medicare, revise la Guía del Comprador de Suplementos de Medicare disponible en Allstate Benefits. Puede haber casos en los que la ley requiera que los beneficios de esta cobertura se paguen a un tercero, en lugar de a usted. Si usted o un dependiente tiene cobertura de Medicare, Medicaid o una variación estatal, consulte los documentos de su seguro médico para confirmar si se pueden aplicar asignaciones o gravámenes.

Este es un breve resumen de los beneficios disponibles bajo la póliza de grupo suscrita por American Heritage Life Insurance Company (Oficina Central, Jacksonville, FL). Los detalles de la cobertura incluyen las exclusiones y otras limitaciones, se incluyen en los certificados emitidos. Para obtener información adicional, puede comunicarse con su representante de Allstate Benefits.

**La cobertura no constituye una cobertura completa de seguro de salud (a menudo denominada "cobertura médica mayor") y no satisface el requisito de cobertura mínima esencial de la Ley de Atención Asequible.**



Allstate Benefits es el nombre comercial utilizado por American Heritage Life Insurance Company, una subsidiaria de The Allstate Corporation. ©2022 Allstate Insurance Company. [www.allstate.com](http://www.allstate.com) u [allstatebenefits.com](http://allstatebenefits.com)



## Sobrevivir a una enfermedad crítica puede tener un alto precio.

Si experimenta una enfermedad crítica, como un ataque cardíaco o un derrame cerebral, no debería preocuparse por el impacto financiero. Pero los copagos, los gastos de transporte, los gastos médicos de bolsillo y la pérdida de ingresos pueden sumarse rápidamente.

El **Seguro para Enfermedades Críticas de Beneficio Limitado AF™** puede ayudar a brindar protección financiera para que pueda concentrarse en la recuperación.



**En los Estados Unidos, aproximadamente cada 39 segundos, alguien sufre un ataque cardíaco.<sup>1</sup>**

### Cómo Funciona

Si le diagnostican una enfermedad crítica asegurada, este plan ha sido diseñado para pagar un beneficio global para ayudar a cubrir los gastos. Además, algunas enfermedades críticas específicas que vuelven a producirse le otorgarán un beneficio adicional.

#### Características:

- Los beneficios se le pagan directamente a usted, para que los use en lo que usted quiera.
- No se requieren exámenes médicos como parte del proceso de solicitud.
- Los montos de los beneficios de Emisión Garantizada pueden estar disponibles para empleados y cónyuge elegibles por primera vez.
- Se extiende el beneficio a los hijos dependientes, sin costo adicional.\*
- Compatible con una Cuenta de Ahorros para la Salud.
- Opción para agregar una cláusula adicional sobre enfermedades infecciosas en estados seleccionados.

La cobertura está disponible para usted, sus hijos y su cónyuge legal a determinados montos de beneficio.

### BENEFICIO DE DETECCIÓN TEMPRANA

Este beneficio cubre varias pruebas calificadas que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Prueba de Papanicolaou
- Colonoscopia
- Electrocardiograma (ECG)
- Prueba de próstata
- Prueba de estrés
- Análisis de glucosa en sangre
- Biopsia de piel
- Ecocardiograma
- Estudios de neuroimágenes

#### BENEFICIO DE DETECCIÓN TEMPRANA

(por año calendario y por empleado asegurado y cónyuge asegurado)

**\$100**

*Si reside en un estado que no es el del domicilio de su empleador, donde lo requiera la ley, las cláusulas de la póliza y los beneficios podrán variar.*

<sup>1</sup>AHA 2021 Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet At-a-Glance; 26 de enero de 2021, p2

**Seguro para  
Enfermedades  
Críticas de  
Beneficio  
Limitado AF™  
con Beneficio de Cáncer**



# Seguro Grupal para Enfermedades Críticas

## Programa de beneficios

Según el plan seleccionado por su empleador, los siguientes montos de beneficios pueden estar disponibles. Los montos de beneficios para empleados pueden variar desde \$5,000 hasta \$50,000 en incrementos de \$5,000. Los hijos elegibles estarán cubiertos automáticamente al 25% del monto del beneficio del empleado sin costo adicional.\* Si son elegidos, los montos de beneficio del cónyuge serán del 50% del monto del beneficio del empleado.

### BENEFICIOS POR ENFERMEDAD CRÍTICA

Se paga una vez por Persona Cubierta por cada Enfermedad Crítica que se indica abajo.

	Porcentaje de beneficio	Beneficio por diagnóstico recurrente
<b>Beneficio por ataque cardíaco</b> Se paga un monto global y total del beneficio.	100%	50%
<b>Cirugía de bypass coronario</b> Se paga el 25% del monto del beneficio. El pago reducirá el beneficio por ataque cardíaco.	25%	-
<b>Beneficio por ACV (Daño permanente por ACV)</b> Se paga el monto global y total del beneficio.	100%	50%
<b>Beneficio por parálisis (Permanente resultante de accidente asegurado)</b> Se paga el monto global y total del beneficio.	100%	-
<b>Beneficio por fallo multiorgánico</b> Se paga el monto global y total del beneficio.	100%	50%
<b>Beneficio por Insuficiencia renal en etapa terminal</b> Se paga el monto global y total del beneficio.	100%	-
<b>Beneficio de cáncer en etapa temprana (carcinoma in situ)</b> Se el 25% del monto del beneficio. El pago reducirá cualquier beneficio por cáncer invasivo.	25%	-
<b>Beneficio de cáncer invasivo</b> Se paga el monto global y total del beneficio.	100%	-

### TARIFAS MENSUALES DEL EMPLEADO\*\*

EDAD	\$5,000		\$10,000		\$15,000		\$20,000		\$25,000	
	Sin tabaco	Tabaco								
18-29	\$5.60	\$7.44	\$7.28	\$10.92	\$8.98	\$14.42	\$10.66	\$17.90	\$12.34	\$21.40
30-39	\$7.72	\$11.04	\$11.48	\$18.20	\$15.32	\$25.32	\$19.10	\$32.46	\$22.90	\$39.62
40-49	\$12.38	\$19.12	\$20.82	\$34.34	\$29.28	\$49.54	\$37.72	\$64.74	\$46.16	\$79.94
50-59	\$19.96	\$32.44	\$35.98	\$60.90	\$52.04	\$89.40	\$68.06	\$117.86	\$84.10	\$146.38
60 y más	\$31.50	\$52.58	\$59.10	\$101.22	\$86.68	\$149.90	\$114.28	\$198.56	\$141.88	\$247.22
EDAD	\$30,000		\$35,000		\$40,000		\$45,000		\$50,000	
	Sin tabaco	Tabaco								
18-29	\$14.02	\$24.90	\$15.72	\$28.40	\$17.40	\$31.90	\$19.10	\$35.40	\$20.78	\$38.92
30-39	\$26.68	\$46.74	\$30.48	\$53.88	\$34.28	\$61.02	\$38.06	\$68.16	\$41.86	\$75.32
40-49	\$54.60	\$95.16	\$63.06	\$110.38	\$71.50	\$125.60	\$79.94	\$140.80	\$88.40	\$156.02
50-59	\$100.14	\$174.84	\$116.18	\$203.34	\$132.20	\$231.82	\$148.24	\$260.34	\$164.30	\$288.82
60 y más	\$169.48	\$295.86	\$197.06	\$344.52	\$224.64	\$393.18	\$252.24	\$441.86	\$279.84	\$490.50

\*\*La prima y el monto de los beneficios varían según el monto seleccionado al momento de la solicitud.

# Seguro Grupal para Enfermedades Críticas

## TARIFAS MENSUALES DEL CÓNYUGE\*\*

EDAD	\$2,500		\$5,000		\$7,500		\$10,000		\$12,500	
	<i>Sin tabaco</i>	<i>Tabaco</i>								
18-29	\$4.48	\$5.70	\$5.02	\$7.44	\$5.56	\$9.22	\$6.08	\$11.02	\$6.66	\$12.76
30-39	\$5.60	\$7.80	\$7.30	\$11.68	\$8.96	\$15.60	\$10.66	\$19.48	\$12.32	\$23.38
40-49	\$8.18	\$12.54	\$12.42	\$21.16	\$16.66	\$29.78	\$20.92	\$38.42	\$25.18	\$47.06
50-59	\$12.30	\$20.22	\$20.68	\$36.52	\$29.08	\$52.86	\$37.46	\$69.14	\$45.88	\$85.44
60-69	\$18.64	\$31.98	\$33.36	\$60.00	\$48.06	\$88.06	\$62.80	\$116.08	\$77.50	\$144.14
EDAD	\$15,000		\$17,500		\$20,000		\$22,500		\$25,000	
	<i>Sin tabaco</i>	<i>Tabaco</i>								
18-29	\$7.20	\$14.52	\$7.74	\$16.30	\$8.28	\$18.10	\$8.86	\$19.86	\$9.38	\$21.62
30-39	\$14.04	\$27.26	\$15.72	\$31.18	\$17.40	\$35.04	\$19.08	\$38.94	\$20.74	\$42.84
40-49	\$29.42	\$55.64	\$33.68	\$64.28	\$37.96	\$72.92	\$42.18	\$81.52	\$46.44	\$90.16
50-59	\$54.24	\$101.76	\$62.64	\$118.06	\$71.02	\$134.36	\$79.42	\$150.66	\$87.80	\$166.98
60-69	\$92.24	\$172.16	\$106.94	\$200.18	\$121.68	\$228.24	\$136.40	\$256.28	\$151.10	\$284.34

### Aspectos destacados de los beneficios del plan

#### Beneficio de detección temprana

Se pagan \$100 cuando un empleado asegurado o un cónyuge Asegurado se realiza una prueba de detección temprana cubierta. Este beneficio cubre varios estudios calificados, incluidos sin limitación: Papanicolau, examen de próstata, biopsia de piel, colonoscopia, análisis de sangre para medir triglicéridos, ecodoppler, ecocardiograma, electrocardiograma, prueba de glucosa en sangre en ayunas, análisis de colesterol sérico, análisis para medir niveles de HDL y LDL, prueba de esfuerzo farmacológico o ejercicio, estudios neurológicos por imágenes. Esta póliza cubre una prueba por empleado asegurado y una prueba por cónyuge asegurado por año calendario con independencia de las pruebas realizadas durante el año calendario. Este beneficio está disponible sin que se requiera un diagnóstico de enfermedad crítica. Este beneficio no reduce el monto global del beneficio por enfermedad crítica.

#### Beneficio por enfermedad crítica

Se paga una vez por persona asegurada por cada enfermedad crítica. Cada enfermedad crítica debe estar separada de otra por al menos 90 días contados a partir de la fecha en que ocurrió la primera enfermedad crítica.

#### Ataque cardíaco

Se paga después de un ataque cardíaco debido a una enfermedad de la arteria coronaria. Los montos anteriores que se hayan abonado por una cirugía de bypass coronario se deducirán del monto pagadero en virtud de este beneficio. Un ataque cardíaco no es una insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía aterosclerótica, angina, paro cardíaco u otro trastorno o lesión del sistema cardiovascular

#### Cirugía de bypass coronario

Se paga después de una cirugía a corazón abierto realizada por un médico para corregir una cardiopatía coronaria con injertos de derivación. La cirugía de bypass coronario no incluye angioplastia con balón, angioplastia con láser, colocación de endoprótesis vasculares (stents), cirugía de reemplazo de válvulas u otros procedimientos, salvo la cirugía de bypass coronario.

#### ACV (Daño permanente por accidente cerebrovascular)

Se paga después de un daño neurológico permanente provocado por un ACV resultante de una interrupción aguda o subaguda del flujo sanguíneo al tejido cerebral según definición de la póliza. El daño permanente por accidente cerebrovascular no incluye el accidente isquémico transitorio (AIT).

#### Parálisis (permanente por un accidente asegurado)

Lesiones de la médula espinal por un accidente asegurado que tienen como resultado la pérdida del uso de uno o más miembros. La parálisis debe ser permanente, total e irreversible por diagnóstico.

#### Fallo multiorgánico

Se paga después de la fecha en que la Persona Asegurada ingresa en la lista de Red Unida de Órganos Compartidos (United Network for Organ Sharing o UNOS) para recibir un trasplante de corazón, hígado, pulmón o páncreas completo.

#### Insuficiencia renal en etapa terminal

Se paga después de la fecha de ocurrida una insuficiencia renal en etapa terminal derivada del fallo irreversible de ambos riñones que impide su funcionamiento y que requiere diálisis habitual o trasplante renal para mantener la vida.

#### Fecha de vigencia

Los certificados entrarán en vigencia en la fecha de vigencia solicitada posterior a la fecha en que aprobamos la solicitud, siempre que tenga un empleo activo y se haya pagado la prima.

## Beneficio de enfermedad crítica de cáncer Cáncer en etapa temprana (carcinoma in situ)

Paga el 25 % del monto del beneficio de cáncer por enfermedad crítica después del diagnóstico de etapa temprana de cáncer interno en el que el tumor o las células tumorales están confinadas al órgano o tejido donde se desarrolló por primera vez sin haber invadido el tejido vecino. El carcinoma in situ no incluye el cáncer de piel. Algunos ejemplos de cáncer en etapa temprana cubierto incluyen cáncer de próstata, cáncer de mama o cáncer de colon que cumplen con ciertos requisitos de diagnóstico. Los pagos parciales por Carcinoma in Situ reducen el beneficio por cáncer invasivo. En ningún momento los pagos combinados de los beneficios relacionados con el cáncer excederán el 100% del monto del beneficio por enfermedad crítica de cáncer.

## Cáncer invasivo

Paga un monto de beneficio por enfermedad crítica de cáncer después de la fecha de ocurrencia y el diagnóstico de cáncer invasivo con crecimiento, función o propagación descontrolados de células en cualquier parte del cuerpo. La estadificación documentada se utilizará para determinar si el cáncer cumple con la definición de cáncer invasivo.

## Beneficio de diagnóstico recurrente

La segunda vez que ocurran determinadas enfermedades críticas específicas, este beneficio pagará el 50% del monto abonado previamente conforme a esta póliza. Los eventos de enfermedad crítica asegurada incluyen ataque cardíaco, daño permanente por ACV y fallo multiorgánico. La fecha de la segunda ocurrencia deberá estar separada por al menos 180 días después de la primera fecha de ocurrencia de la misma enfermedad crítica. Una vez que se haya pagado un beneficio de diagnóstico recurrente por una enfermedad crítica, no se pagarán más beneficios por esa misma enfermedad crítica.

## Portabilidad

A partir del momento en que deje de ser elegible para contar con cobertura, usted tendrá 30 días para solicitar la continuación de la misma. Siempre que pague las primas a su vencimiento, podrá seguir teniendo la cobertura que brinda este certificado en el momento que deje el empleo hasta la primera de las siguientes fechas: a) el día que cumpla 75 años, b) a los 10 años de la fecha de entrada en vigor de la portabilidad, c) en la fecha de vencimiento de la póliza o d) en la fecha en que no pague la prima requerida. Usted deberá haber estado cubierto continuamente durante 12 meses consecutivos antes de la fecha de finalización de su cobertura según esta póliza.

## Limitaciones y exclusiones

### Limitación de afección preexistente

No se pagará un beneficio por enfermedad crítica por una enfermedad crítica provocada o resultante de una afección preexistente cuando la fecha de ocurrencia de la enfermedad crítica tenga lugar antes de que la persona asegurada haya estado cubierta continuamente durante 12 meses consecutivos conforme a esta póliza. Afección preexistente significa una dolencia, accidente, afección, trastorno físico

o mental por el cual una persona asegurada experimentó alguno de los siguientes: (a) recibió tratamiento; (b) realizó gastos; (c) tomó medicación; (d) recibió cuidados o servicios, incluidas pruebas diagnósticas o medidas afines; o (e) recibió diagnóstico o consejo médico durante el período de 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura de la persona asegurada. El término afección preexistente también incluirá enfermedades relacionadas con dicha dolencia, accidente, afección o trastorno físico o mental.

Un ataque cardíaco es un infarto agudo de miocardio por enfermedad de la arteria coronaria que provoca la muerte de una parte del músculo del corazón. El diagnóstico debe estar sustentado en la aparición de nuevos síntomas y en alguno de los siguientes elementos: cambios en el electrocardiograma, aumento de los marcadores bioquímicos o estudios por imágenes concordantes con un infarto agudo de miocardio. En caso de muerte, se aceptará una autopsia, la confirmación del médico forense o el certificado de muerte que identifique el ataque cardíaco. El ataque cardíaco no incluye insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía aterosclerótica, angina, paro cardíaco u otro trastorno o lesión del sistema cardiovascular.

## Exclusiones

No pagaremos beneficios por una Enfermedad Crítica resultante o provocada directa o indirectamente por: (a) un accidente o enfermedad autoinfligida intencionalmente; (b) suicidio o intento de suicidio, estando el asegurado en su sano juicio o no; (c) participación en un disturbio, insurrección, rebelión o conmoción civil, desobediencia civil o asamblea ilegal. Esto no incluye una pérdida ocurrida mientras se actúa de manera legal dentro del ámbito de la autoridad; (d) intoxicación o actuación bajo la influencia de narcóticos, salvo los administrados por un médico o que se toman por indicación médica. Intoxicación es la que determina y define la ley y la jurisdicción del área geográfica en la que ocurrió el hecho que causó la Enfermedad Crítica; (e) comisión o intento de comisión de un delito grave; (f) encarcelamiento en una institución penal de cualquier tipo; (g) alcoholismo o drogadicción; (h) diagnóstico recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios, que no puede ser confirmado por un médico con licencia y práctica en los Estados Unidos.

La cobertura podrá seguir hasta por 1 año durante una licencia por enfermedad aprobada por escrito por su empleador. La cobertura seguirá operando mientras la póliza grupal permanezca vigente, se paguen las primas y usted siga cumpliendo los criterios de elegibilidad para la cobertura de la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique más como asegurado, se jubile, deje de estar en empleo activo, o deje de ser empleado. Su cobertura podrá finalizar o las primas podrán aumentarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con un aviso previo de 31 días. Si se aumentan las primas, le enviaremos un aviso con 60 días de anticipación.

*Este producto puede contener limitaciones, exclusiones y períodos de espera. Este producto no es apropiado para personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid. Este folleto destaca características importantes de la póliza. Consulte su certificado para obtener detalles completos.*

Comercializado por:



Suscrito y administrado por:  
American Fidelity Assurance Company  
800-662-1113 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)

# Esté preparado para el camino a seguir

Un Plan de indemnización hospitalaria de Aetna puede ayudar

**“Una hospitalización luego de un accidente automovilístico no impactó mis finanzas”.**

Independientemente de si es inesperada o planeada, una hospitalización puede generar muchos gastos adicionales. El Plan de indemnización hospitalaria de Aetna puede poner dinero en efectivo en su bolsillo para ayudar. Las tarifas comienzan a partir de **\$9.97 por quincenal solo para empleados**. Y, si compra cobertura para usted, también puede comprar cobertura para su familia.

## La historia de Luis\*

"No estaba preparado para el accidente automovilístico y la hospitalización que lo siguió, ¿quién lo está? Pero estoy realmente contento de haberme inscrito en el plan de hospital disponible a través de mi trabajo.

Entonces, ¡zas! (literalmente): el accidente. El camino hacia la recuperación fue largo y difícil. ¡Y esas facturas! Incluso con seguro médico, mis gastos de bolsillo:

**\$2,250**

Pero con mi plan, recibí un cheque pagado directamente a mí para usarlo como quisiera. El efectivo ayudó cubrir parte de mis facturas médicas, el alquiler e incluso la guardería para mi hijito. Y presentar un reclamo fue fácil, justo en el sitio de Internet de Aetna”.

## Beneficios de hospital de Luis

Admisión inicial en el hospital	<b>\$1,000</b>
2 días de hospitalización en la UCI	<b>\$600</b>
3 días de hospitalización	<b>\$450</b>
10 días de estadía en la unidad de rehabilitación	<b>\$500</b>

**Los beneficios totales de Luis del Plan bajo:**



**\$2,550**

\*Aquí hay un ejemplo que comparte algunas cosas comunes cubiertas por el Plan bajo. Pero consulte el resumen de beneficios para más información. Muestra lo que cubre el plan, incluidas las exclusiones y limitaciones que se aplican.



## Aspectos destacados del Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

El Plan de indemnización hospitalaria de Aetna paga los beneficios relacionados con una hospitalización. A continuación, se encuentran algunos de los beneficios disponibles. Los beneficios se pagan una vez por miembro durante un año del plan, a menos que se especifique lo contrario. Para obtener más información, incluidas las exclusiones y limitaciones que se aplican, consulte su resumen de beneficios.

Plan de indemnización hospitalaria de Aetna	Plan bajo	Plan alto
<b>Hospitalización: admisión</b>	\$1,000	\$2,000
<b>Hospitalización: diario*</b>	\$150	\$200
<b>Hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos (UCI): diario*</b>	\$300	\$400
<b>Atención de rutina para recién nacidos</b>	\$100	\$200
<b>Unidad de observación</b>	\$100	\$200
<b>Abuso de sustancias tóxicas: diario*</b>	\$100	\$150
<b>Trastorno mental: diario*</b>	\$100	\$150
<b>Hospitalización en la unidad de rehabilitación: diario*</b>	\$50	\$75

\*Los beneficios de hospitalización se combinan por un máximo compartido de 30 días por año del plan.

## Tarifas Quincenales

Opción de plan	Solo usted	Usted y su cónyuge/unión libre	Usted mismo más hijo(s) dependiente(s)	Usted y su familia
<b>Plan bajo</b>	\$9.97	\$21.18	\$15.63	\$25.20
<b>Plan alto</b>	\$17.22	\$35.87	\$26.93	\$43.18

## Lo hacemos simple

Si usted es elegible para inscribirse y solicitar cobertura, su aceptación está garantizada. No hacemos ninguna pregunta sobre su salud. Los beneficios en efectivo se le pagan directamente a usted y no se reducen por otros beneficios de seguro que pueda tener. Y hay más:

- Usted obtiene acceso a tarifas de grupo negociadas.
- Disfrutará de la conveniencia de la deducción de la nómina para pagar las primas.
- Si deja de trabajar para su empresa, puede llevar su plan con usted.

## ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda?

Si tiene preguntas sobre el plan, llámenos al 1-800-607-3366.

## Presentar un reclamo no podría ser más fácil

Después de convertirse en miembro, puede revisar sus beneficios y presentar reclamos en nuestro portal para miembros en [myaetnasupplemental.com](http://myaetnasupplemental.com). Si usted es miembro del plan médico de Aetna, por lo general no necesita presentar documentación médica para procesar un reclamo. ¿No es miembro del plan médico de Aetna? No hay problema. Simplemente complete el formulario en Internet y cargue su documentación médica.

## ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTE ES UN SUPLEMENTO AL SEGURO DE SALUD Y NO ES UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Este plan ofrece beneficios limitados. Paga beneficios fijos en dólares para los servicios cubiertos, independientemente de los costos actuales del proveedor de atención médica. Los pagos de los beneficios no están destinados a cubrir el costo total de la atención médica. Usted es responsable de asegurar que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan además de cualquier otra cobertura médica que pueda tener. Este material es solo para fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios médicos están cubiertos, y la cobertura está sujeta a las leyes y normas vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Las características, tarifas, la elegibilidad y disponibilidad del plan pueden variar por ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Aetna no brinda atención médica ni garantiza acceso a servicios médicos. Los programas de información sobre la salud brindan información médica general y no reemplazan el diagnóstico o el tratamiento provisto por un médico u otro profesional de atención médica. Se cree que la información es precisa a partir de la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte [aetna.com](http://aetna.com).

Los números de los formularios de la póliza del Plan de indemnización hospitalaria emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96172, GR-96173.

Los números de los formularios de la póliza del Plan de indemnización hospitalaria emitidos en Idaho incluyen: GR-96172, AL VOL HPOL-Hosp 01.

Los números de los formularios de la póliza del Plan de indemnización hospitalaria emitidos en Missouri incluyen: GR-96172 01.

---

### Exclusiones y limitaciones del Plan de indemnización hospitalaria

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza actual y el folleto certificado para determinar cuáles servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede tener excepciones a esta lista según los mandados estatales o el diseño del plan adquirido. No se pagarán beneficios por ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con los siguientes:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, que incluyen, entre otras: vuelo en globo, puentismo, paracaidismo, caída libre;
2. Toda competencia atlética competitiva semiprofesional o profesional, incluido oficial de árbitro o entrenador, por la que recibe un pago;
3. Acto de guerra, motín, guerra;
4. Pilotear, aprender a pilotear o servir como piloto o miembro de la tripulación de una aeronave, ya sea motorizada o no;
5. Asalto, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo;
6. Atención provista por un cónyuge, padre, madre, hijo/a, hermano/a o cualquier otro miembro del hogar;
7. Servicios de cirugía estética y plástica, con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia;
9. Servicios de atención para enfermos terminales, a excepción de lo específicamente provisto en los beneficios de la sección de su plan del certificado;
10. Daño a uno mismo, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. Violar las leyes de uso de dispositivos celulares del estado en el que se produjo el accidente mientras conducía un vehículo motorizado;
12. Atención o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios;
13. Servicios o pruebas de educación, capacitación o reeducación;
14. Lesión accidental sufrida mientras intoxicado o bajo la influencia de cualquier droga intoxicante;
15. Exámenes, a menos que se establezcan específicamente en los beneficios de la sección del plan del certificado;
16. Atención y tratamiento dental y de ortodoncia;
17. Servicios de planificación familiar;
18. Cualquier tipo de atención, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad;
19. Suplementos nutricionales, que incluyen entre ellos: alimentos, leche de fórmula infantil, vitaminas;
20. Rehabilitación cognitiva, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla ambulatorias por cualquier motivo;
21. Atención relacionada con la visión.

Galena Park I.S.D. 2021



# Aflac Group Accident Insurance

Protección contra accidente creada para usted.



**Suscrita por:**  
**Continental American Insurance Company (CAIC)**

En California, la cobertura está suscrita por  
Continental American Life Insurance Company.



## Solo porque un accidente puede cambiar su salud, no significa que también deba cambiar su estilo de vida.

Los accidentes pueden ocurrir en un instante, afectándole a usted o a un ser querido. Aflac está diseñado para ayudar a las familias con su planificación de cuidados médicos futuros, para que se enfoquen en recuperarse y no en la inseguridad financiera e incertidumbre que surge.

### Protección para lo inesperado, ese es el beneficio que ofrece el Plan de Aflac Group Accident.

Después de un accidente, puede que surjan gastos que nunca pensó tener. ¿Financieramente, podría afrontar dichos gastos? Es reconfortante saber que un plan de seguro contra accidentes estará disponible para usted en los momentos de necesidad para ayudarle a cubrir los gastos, tales como:

- Transporte en ambulancia
- Recetas Médicas
- Visitas a la sala de emergencias
- Pruebas de Diagnóstico Principales
- Cirugía y anestesia
- Quemaduras

### Características del Plan

- Los beneficios son pagados a usted directamente, a menos que se asignen de otro modo.
- La cobertura tiene emisión garantizada (lo que significa que usted puede calificar para la cobertura sin tener que responder a las preguntas sobre la salud).
- Los beneficios son pagados independientemente de cualquier otro seguro médico.

## Lo que necesita, cuando lo necesite.

El seguro colectivo de accidente le paga en efectivo los beneficios que puede utilizar en cualquier manera que lo considere conveniente.



# SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTE

	ALTO	BAJO
<b>TRATAMIENTO INICIAL</b> (uno por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente, no es pagadero por servicios de telemedicina) Pagadero cuando el asegurado recibe tratamiento inicial por una lesión accidental cubierta. Este beneficio es pagadero para un tratamiento inicial recibido bajo el cuidado de un médico, cuando el asegurado visita los siguientes lugares:		
Sala de emergencia de un hospital con/sin radiografías	\$200/\$150	\$100/\$50
Centro de cuidado de urgencia con/sin radiografías	\$200/\$150	\$100/\$50
Consultorio o centro médico (que no sea la sala de emergencia del hospital o de cuidado de urgencia) con radiografías/sin radiografías	\$100/\$75	\$50/\$25
<b>AMBULANCIA</b> (dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe transportación por un servicio profesional de ambulancia debido a una lesión accidental cubierta.	\$300 Terrestre \$900 Aérea	\$200 Terrestre \$600 Aérea
<b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado requiere uno de los siguientes exámenes: Tomografía Computarizada (CT/CAT scan), Imagen de Resonancia Magnética (MRI) o Electroencefalograma (EEG) debido a una lesión accidental cubierta. Estos exámenes deben realizarse en un hospital, un consultorio médico, un centro médico de diagnóstico por imágenes o en un centro quirúrgico ambulatorio.	\$200	\$100
<b>OBSERVACIÓN EN UNA SALA DE EMERGENCIA</b> (dentro de los 7 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe tratamiento en una sala de emergencia de un hospital, y queda en observación en un hospital sin ingresar como paciente interno debido a una lesión accidental cubierta.	\$100 Cada período de 24 horas  \$50 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas	\$50 Cada período de 24 horas  \$25 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas
<b>RECETAS MÉDICAS</b> (2 veces por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero para una receta surtida que es prescrita por un médico, dispensada por un farmacéutico autorizado y médicamente necesaria para el cuidado y el tratamiento del asegurado, debido a una lesión accidental cubierta. (en Alaska, Massachusetts y Montana las recetas médicas no tienen que ser médicamente necesaria). Este beneficio no es pagadero para dispositivos o aparatos médicos terapéuticos; fármacos experimentales; fármacos, medicamentos o insulina utilizados o administrados a una persona mientras se encuentra ingresada en un hospital, en una residencia de ancianos y enfermos, en un centro de atención prolongada, en un hogar para convalecientes, en una residencia de ancianos y enfermos o en una institución similar; agentes inmunizantes, suero biológico, sangre o plasma sanguíneo. Este beneficio no es pagadero para las técnicas de tratamiento del dolor para las cuales se paga un beneficio en virtud del Beneficio por Tratamiento del Dolor (si está disponible).	\$5	\$5
<b>SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS</b> (3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado recibe sangre, plasma o plaquetas, debido a una lesión accidental cubierta.	\$400	\$300
<b>MANEJO DEL DOLOR</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando, debido a una lesión accidental cubierta, se le receta al asegurado y recibe una ablación y/o bloqueo nervioso, o una inyección epidural colocada en la columna vertebral. Este beneficio solo es pagadero para técnicas de manejo del dolor (como se indica anteriormente) que se practican en un hospital o en un consultorio médico. Este beneficio no es pagadero cuando la inyección epidural se coloca durante un procedimiento quirúrgico.	\$100	\$50
<b>CONMOCIÓN CEREBRAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado es diagnosticado por un médico con una conmoción cerebral debido a un accidente cubierto.	\$400	\$200
<b>LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero cuando un neurólogo diagnostica a un asegurado una lesión cerebral traumática ( <i>Traumatic Brain Injury</i> , TBI) debido a un accidente cubierto. Para que califique como una TBI, el déficit neurológico debe requerir tratamiento con un neurólogo y un curso recetado de terapia física, logopedia o ergoterapia bajo las instrucciones de un neurólogo.	\$2,500	\$1,250

<b>COMA</b> (una vez por accidente) Pagadero cuando el asegurado se encuentra en estado de coma durante 30 días o más, como resultado de un accidente cubierto. Para los fines de este beneficio, se entiende por Coma al estado de inconsciencia profunda provocado por un accidente cubierto.	\$10,000	\$5,000
<b>TRABAJO DENTAL DE EMERGENCIA</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando los dientes naturales del asegurado son lesionados como consecuencia de un accidente cubierto.	\$50 Extracción \$200 Reparación con una corona	\$25 Extracción \$100 Reparación con una corona
<b>QUEMADURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se quema en un accidente cubierto y es tratado por un médico. Pagaremos de acuerdo al porcentaje de la superficie del cuerpo quemado. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.		
<b>Quemaduras de Segundo Grado</b>		
Menos del 10%	\$50	\$25
Al menos 10% pero menos del 25%	\$100	\$50
Al menos 25% pero menos del 35%	\$250	\$125
35% o más	\$500	\$250
<b>Quemaduras de Tercer Grado</b>		
Menos del 10%	\$500	\$250
Al menos 10% pero menos del 25%	\$2,500	\$1,250
Al menos 25% pero menos del 35%	\$5,000	\$2,500
35% o más	\$10,000	\$5,000
<b>LESIONES OCULARES</b> Pagadero para las lesiones oculares si, debido a un accidente cubierto, un médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.	\$300	\$200
<b>FRACTURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se fractura un hueso debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la fractura requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por dicho hueso. Para las fracturas múltiples (más de una fractura en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio por el hueso fracturado al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una fractura astillada (una parte de hueso que se separa completamente cerca de una articulación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde al hueso afectado. Este beneficio no es pagadero para fracturas por estrés.	Hasta \$3,000 basado en un programa	Hasta \$1,500 basado en un programa
<b>LUXACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se disloca una articulación debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la luxación requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por esa articulación. Pagaremos beneficios solo por la primera luxación de una articulación. No pagaremos por luxaciones recurrentes de la misma articulación. Si el asegurado sufre la luxación de una articulación antes de la fecha de vigencia de su certificado y después se luxa la misma articulación nuevamente, ésta última no estará cubierta por el plan. Para las luxaciones múltiples (más de una articulación luxada en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio para la articulación luxada al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una luxación parcial (la articulación no está completamente separada, incluyendo una subluxación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde a la articulación afectada.	Hasta \$3,000 basado en un programa	Hasta \$1,500 basado en un programa
<b>LACERACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado sufre una laceración debido a un accidente cubierto y la laceración es reparada por un médico. Para múltiples laceraciones, pagaremos un máximo de 200% del beneficio de la mayor laceración simple que necesita puntos. Las laceraciones que requieran puntos (incluyendo el adhesivo líquido para la piel):		
Menos de 15 centímetros	\$50	\$25
5-15 centímetros	\$200	\$100
Más de 5 centímetros	\$400	\$200
Laceraciones que no requieren puntos	\$25	\$12.50

<b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$400	\$200
<b>TARIFAS DE LOS CENTROS POR CIRUGÍA AMBULATORIA</b> (cirugía realizada en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero una vez por cada Beneficio de Cirugía Ambulatoria y Anestesia elegible (en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio).	\$100	\$25
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia; máximo de dos procedimientos por accidente, dentro de un año del accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en este plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$50	\$25
<b>CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA</b> (por día/dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico con hospitalización realizado por un médico. La cirugía debe ser realizada mientras el asegurado está internado en un hospital como paciente interno. Si un procedimiento quirúrgico con hospitalización está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$750	\$375
<b>TRANSPORTE</b> (distancia mayor a 100 millas desde la residencia del asegurado, 3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero para el transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y necesita un tratamiento en un hospital o un estudio de diagnóstico recomendado por el médico, que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.	\$400 Aéreo \$200 Cualquier transporte terrestre	\$200 Aéreo \$100 Cualquier transporte terrestre
<b>BENEFICIO DEL ASEGURADO SUCESOR</b> Si la cobertura para cónyuge está vigente en el momento de fallecimiento del empleado, el cónyuge sobreviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría de acuerdo al plan existente y además incluiría cualquier cobertura para hijo dependiente vigente en dicho momento.		
Los Procedimientos Quirúrgicos pueden incluir, pero no están limitados a, la reparación quirúrgica de: rotura de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotatorio, desgarró del cartílago de la rodilla, injertos cutáneos, reemplazo de una articulación, lesiones internas que requieren abrir el abdomen o cirugía torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario, debido a una lesión accidental.		
<b>BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>
<b>APARATOS MÉDICOS</b> (dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si, como consecuencia de una lesión causada por un accidente cubierto, el médico aconseja al asegurado utilizar un aparato médico que figura en la lista para facilitar la locomoción personal. Bastón, Tobillera	\$40	\$20
Andador, Muletas, Aparatos Ortopédicos para la Pierna, Collar Cervical, Bota Ortopédica, Silla de Ruedas, Andador de Rodilla, Corsé Torácico, Soporte Ortopédico para la Espalda	\$100	\$50
<b>TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POR ACCIDENTE</b> (máximo de 6 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días del accidente) Pagadero para el tratamiento de seguimiento recetado por un médico, por lesiones sufridas en un accidente cubierto.	\$50	\$25
Los tratamientos de seguimiento no incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Los procedimientos quiroprácticos o de acupuntura tampoco se consideran tratamiento de seguimiento.		
<b>TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si se ha diagnosticado PTSD al asegurado, una afección de salud mental causada por un accidente cubierto. El asegurado debe satisfacer los criterios de diagnóstico de PTSD detallados en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders IV, DSM IV-TR) y deberá encontrarse bajo el cuidado activo, ya sea de un psiquiatra o de un psicólogo que haya obtenido un doctorado (Ph.D, <i>Doctor of Philosophy</i> ).	\$200	\$100

<p><b>UNIDAD DE REHABILITACIÓN</b> (máximo de 31 días por hospitalización, no más de 62 días en total por año calendario por cada asegurado)</p> <p>Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un asegurado recibe tratamiento como paciente interno en un centro de rehabilitación. Para que este beneficio sea pagadero, el asegurado debe ser transferido al centro de rehabilitación para el tratamiento, posterior a una hospitalización como paciente interno.</p> <p>No pagaremos el beneficio de centro de rehabilitación por los mismos días que se paga el beneficio por hospitalización. Pagaremos el beneficio más alto que califique.</p>	\$100 por día	\$50 por día
<p><b>TERAPIA</b> (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado es sometido a un tratamiento de terapia recetado por el médico en una de las siguientes categorías: fisioterapia suministrada por un fisioterapeuta con licencia, terapia ocupacional suministrada por un terapeuta ocupacional con licencia o terapia del habla suministrada por un terapeuta del habla con licencia.</p>	\$25	\$15
<p><b>QUIROPRAXIA O TERAPIA ALTERNATIVA</b> (máximo de 6 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropráctico.</p>	\$25	\$15
<b>BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>
<p><b>ADMISIÓN AL HOSPITAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero cuando el asegurado es ingresado a un hospital y permanece internado como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, por tratamiento en sala de emergencia ni por tratamiento ambulatorio.</p>	\$1,000 por hospitalización	\$500 por hospitalización
<p><b>HOSPITALIZACIÓN</b> (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en un hospital como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización y el asegurado es internado nuevamente dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero solo por una hospitalización por vez, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta. Este beneficio no es pagadero por la hospitalización en una unidad de observación o en un centro de rehabilitación.</p>	\$200 por día	\$100 por día
<p><b>CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL</b> (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Pagaremos los beneficios solo por una hospitalización por vez en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y el asegurado es internado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta hospitalización forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.</p>	\$200 por día	\$100 por día
<p><b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIOS</b> (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos intermedios, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Pagaremos los beneficios solo por una hospitalización por vez en la unidad de cuidados intensivos intermedios, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos intermedios y el asegurado es internado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos intermedios dentro de los 6 meses debido a la misma afección, consideraremos que esta hospitalización forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.</p>	\$100 por día	\$50 por día

<p><b>ALOJAMIENTO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA</b> (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, un máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada noche de alojamiento en un motel/hotel/lugar de alquiler para un miembro adulto de la familia inmediata del asegurado. Para que este beneficio sea pagadero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El asegurado debe estar internado en un hospital para tratamiento de una lesión accidental cubierta;</li> <li>• El hospital y el motel/hotel deben estar a más de 100 millas de la residencia del asegurado; y</li> <li>• El tratamiento debe ser recetado por el médico que está atendiendo al asegurado.</li> </ul>	\$200 por día	\$100 por día
---	---------------	---------------

**BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA**

**ALTO**

**BAJO**

<p><b>DESMEMBRAMIENTO</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si un asegurado pierde una mano o pie o experimenta la pérdida de la vista como resultado de un accidente cubierto. Desmembramiento significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de una mano -La mano es seccionada en la articulación de la muñeca o más arriba;</li> <li>• Pérdida de un pie -El pie es seccionado en el tobillo o más arriba;</li> <li>• Pérdida de un dedo de la mano o del pie - El dedo de la mano o del pie es seccionado en la articulación o por encima donde se encuentra unido a la mano o al pie; o</li> <li>• Pérdida de la vista - Se perdió al menos el 80% de la visión de un ojo (dicha pérdida de la vista deber ser permanente e irrecuperable).</li> </ul> <p>Si el Beneficio por Desmembramiento es pagado y luego el asegurado fallece como resultado del mismo accidente cubierto, pagaremos el beneficio por muerte que corresponda (si el beneficio está disponible), menos cualquier cantidad pagada bajo este beneficio.</p>		
---	--	--

**PÉRDIDA DE UNO O MÁS DEDOS DE LA MANO O DEL PIE**

Empleado	\$1,250	\$500
Cónyuge	\$1,250	\$500
Hijo(s)	\$1,250	\$500

**DESMEMBRAMIENTO PARCIAL (INCLUYE POR LO MENOS UNA ARTICULACIÓN DE LOS DEDOS DE MANO O DEL PIE)**

Empleado	\$125	\$62.50
Cónyuge	\$125	\$62.50
Hijo(s)	\$125	\$62.50

<p><b>PARÁLISIS</b> (una vez por accidente, diagnosticado por un médico dentro de los seis meses posteriores al accidente) Pagadero si el asegurado sufre la pérdida permanente del movimiento de dos o más extremidades durante más de 90 días (En Utah, 30 días) como consecuencia de una lesión accidental cubierta.</p>		
Paraplejía	\$5,000	\$2,500
Cuadriplejía	\$10,000	\$5,000

<p><b>PRÓTESIS</b> (una vez por accidente, hasta 2 dispositivos protésicos y un reemplazo por dispositivo por asegurado)* Pagadero cuando el asegurado recibe un dispositivo protésico, recetado por un médico, como consecuencia de una lesión accidental cubierta. Dispositivo Protésico/Prótesis es un dispositivo artificial diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo. Este beneficio no es pagadero para audífonos, pelucas o dispositivos de ortodoncia (que incluyen dientes postizos), reparación o reemplazo de dispositivos protésicos* y/o reemplazo de articulaciones. * Pagaremos el beneficio nuevamente una vez, para cubrir el reemplazo de una prótesis, por la cual ya se ha pagado un beneficio, siempre que el reemplazo tenga lugar dentro de los tres años del pago del beneficio inicial.</p>	\$1,500	\$500
--	---------	-------

<p><b>MODIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA/VEHÍCULO</b> (una vez por accidente, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero para una modificación estructural permanente de la residencia principal o un vehículo del asegurado, cuando el asegurado sufre una de las siguientes pérdidas de manera total y permanente o irreversible, debido a una lesión accidental cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visión de un ojo;</li> <li>• El uso de una mano/brazo; o</li> <li>• El uso de un pie/pierna.</li> </ul>	\$1,000	\$500
--	---------	-------

**CLÁUSULA ADICIONAL DE PRUEBAS PREVENTIVAS****ALTO****BAJO****BENEFICIO DE PRUEBAS PREVENTIVAS** (una vez por año calendario)

Pagadero para las pruebas preventivas realizadas como resultado del cuidado preventivo, incluyendo las pruebas y los procedimientos de diagnóstico solicitados con relación a los exámenes de rutina.

\$50  
Primer  
año del  
certificado y  
en adelante\$30  
Primer  
año del  
certificado y  
en adelante**CLÁUSULA ADICIONAL DE ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA****AMBOS  
PLANES****BENEFICIO POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA**

Pagaremos un porcentaje adicional de la cantidad pagadera del beneficio bajo el plan de Accidente de Aflac Group por lesiones accidentales cubiertas sufridas mientras participa en una actividad atlética organizada.

20%

**Prima: PLAN BAJO**

Semi - Monthly Premiums	
Cobertura	Prima
Empleado	\$2.27
Empleado y Cónyuge	\$3.89
Empleado y Hijos	\$4.84
Familia	\$6.46

**Prima: PLAN ALTO**

Semi - Monthly Premiums	
Cobertura	Prima
Empleado	\$4.61
Empleado y Cónyuge	\$7.90
Empleado y Hijos	\$9.77
Familia	\$13.06

## EXCLUSIONES POR ACCIDENTE INICIAL

### EXCLUSIONES

Las exclusiones del plan aplican a todas las cláusulas adicionales, a menos que se indique lo contrario.

No pagaremos beneficios por lesiones accidentales, incapacidad o muerte que hayan sido contribuidos a, causados por, o como resultado de\*:

- **Guerra** – participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no, o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o unidades auxiliares a las mismas, o contrataciones con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
  - En California: participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección o disturbio.
  - En Idaho: participar en cualquier guerra o acto de guerra, declarada o no, o participar o servir en las fuerzas armadas o en unidades auxiliares a la misma. Además, la guerra incluye la participación en un disturbio o en una insurrección.
  - En Illinois: se elimina la frase “guerra no incluye actos de terrorismo”.
  - En Michigan: participar de manera voluntaria en la guerra o cualquier acto de guerra. Además, la guerra incluye la participación delictiva voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
  - En North Carolina: Guerra – participar de manera voluntaria en la guerra, cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación civil en un disturbio activo. Guerra no incluye actos de terrorismo.
- **Suicidio** – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente.
  - En Montana: cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo
  - En Illinois, Michigan y Minnesota: esta exclusión no corresponde
- **Enfermedad** – tener cualquier enfermedad o afección física/mental o proceso degenerativo. Tampoco pagaremos los beneficios por:
  - Reacciones alérgicas
  - Cualquier infección o infestación bacteriana, viral o por microorganismo, o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En Illinois: cualquier infección bacteriana, excepto una infección que resulte de una lesión accidental o una infección que resulte de la ingestión accidental, involuntaria o sin intención de una sustancia contaminada; cualquier infección o infestación viral o por microorganismo; o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En North Carolina: cualquier infestación viral o por microorganismo o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo
  - Un error, accidente o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico por cualquier enfermedad
  - Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimiento de diagnóstico por dicha enfermedad
- **Lesiones Autoinfligidas** – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
  - En Idaho: lesión autoinfligida intencionalmente.
  - En Montana: lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente, estando cuerdo
  - En Michigan: esta exclusión no corresponde
- **Carreras** – estar a bordo o conducir cualquier vehículo motorizado en

una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad a capacidad profesional o semiprofesional.

- En Idaho: esta exclusión no corresponde
- **Ocupación Ilegal** – participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o un acto o una actividad ilegal o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.
  - En California, Nebraska y Tennessee: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave; o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.
  - En Illinois y Pennsylvania: cometer o intentar cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal
  - En Michigan: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o estar involucrado en una ocupación ilegal
  - En Idaho y South Dakota: esta exclusión no corresponde
- **Deportes** – participar en algún deporte organizado a capacidad profesional o semiprofesional, por un sueldo o ganancia.
  - En California y Idaho: participar en algún un deporte organizado a capacidad profesional, por un sueldo o ganancia
- **Cirugía Cosmética** – someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En Alaska, Massachusetts y Montana: someterse a una cirugía cosmética, otro procedimiento electivo o tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En California: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario (“cirugía cosmética” no incluye la cirugía reconstructiva cuando el servicio está relacionado o se realiza después de una cirugía resultante de un accidente cubierto); o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En Idaho: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto. La cirugía cosmética no deberá incluir cirugía reconstructiva debido a una Anomalía Congénita de un hijo dependiente cubierto.

• **Delito Hijo** (En Idaho solamente) – participación en un delito grave Para la Cobertura de 24 Horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones:

Una lesión que surja de cualquier empleo.

Una lesión o enfermedad cubierta por la compensación laboral (*worker's compensation*).

En North Carolina: servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad laboral, que se paga conforme a la ley de compensación laboral de North Carolina, solo en la medida de que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, del empleador o de la compañía aseguradora de compensación laboral, de acuerdo con la determinación final en el marco de la Ley de Compensación Laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que apruebe un acuerdo de resolución conforme a la Ley de Compensación Laboral de North Carolina.

\*La frase “Contribuido por” no aplica en Illinois

### DEFINICIONES

**Aviso:** En New Hampshire, cuando se menciona “Tratamiento” se refiere a “Cuidado”.

**Lesión Accidental** significa un daño corporal accidental al asegurado que resulta de un evento traumático inesperado e imprevisible. Debe ser el resultado directo de un accidente y no el resultado de una enfermedad o una dolencia física. **Una Lesión Accidental Cubierta** es una lesión accidental que ocurre cuando la cobertura está vigente. Un **Accidente Cubierto** es un accidente ocurrido en o después de la fecha de entrada en vigencia como asegurado, mientras la cobertura esté en vigor, y que no esté específicamente excluido en el plan.

**Centro de Cirugía Ambulatorio** se define como un centro quirúrgico autorizado que consta de una sala de operaciones; instalaciones para administrar anestesia general; y una sala de recuperación para después de la cirugía, en el cual el paciente es ingresado y dado de alta dentro de un período de menos de 24 horas.

**Hijo Dependiente o Hijos Dependientes** se refiere a los hijos naturales, hijastros, nietos, suyos o de su cónyuge, quienes están bajo su custodia legal y que residen con usted, niños en custodia temporal, niños sujetos a tutela legal, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción, que son menores de 26 años (y en Louisiana, deben estar solteros). Los hijos recién nacidos podrán estar cubiertos automáticamente a partir del momento del nacimiento, durante 60 días. Los niños recién adoptados (y los niños en custodia temporal en North Carolina y Florida) podrán también estar cubiertos automáticamente durante 60 días. Lea el certificado para más detalles.

**Médico** es una persona debidamente calificada para practicar las artes curativas dentro del ámbito de su licencia, y tiene licencia para practicar la medicina; prescribir y administrar medicamentos; o para realizar operaciones quirúrgicas, o es un médico debidamente calificado, de acuerdo con las leyes y reglamentos en el estado en el que se realiza el tratamiento.

En Montana, para los fines del tratamiento, el asegurado puede elegir libremente cualquier médico acreditado, asistente médico, dentista, osteópata, quiropráctico, optometrista, podólogo, psicólogo, trabajador social acreditado, asesor profesional acreditado, acupunturista, médico naturópata, fisioterapeuta, patólogo del habla, audiólogo, consejero sobre adicciones acreditado o enfermero registrado con práctica avanzada.

**Un Médico** no incluye al asegurado ni a un miembro de la familia del asegurado. Sin embargo, en South Dakota, un médico que es miembro de la familia del empleado podrá tratar al asegurado si dicho médico es el único en el área y se desempeña en el ámbito de su práctica. Para los fines de esta definición, un miembro de la familia incluye al cónyuge del empleado, así como también a los siguientes miembros de la familia inmediata del empleado: hijo, hija, madre, padre, hermana y hermano. Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y los miembros de la familia política.

El término **Hospital** excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de hospital, según se define en este plan, incluyendo, entre otros:

- Un hogar de ancianos,
- Un centro de atención prolongada,
- Un centro de enfermería especializada,
- Una casa de reposo o residencia de ancianos,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro de tratamiento para alcohólicos o drogadictos, o
- Un centro de vida asistida.

**Cónyuge** es su esposa legal, esposo legal o pareja en una unión reconocida legalmente. Consulte su certificado para detalles.

**Servicio de Telemedicina** significa una consulta médica a un médico mediante comunicación por audio o video que asiste en la evaluación, diagnóstico y consulta de un paciente.

**Tratamiento** se refiere a la consulta, cuidado o servicios proporcionados por un médico. Esto incluye recibir cualquier medida de diagnóstico y tomar fármacos y medicamentos recetados. El tratamiento no incluye los servicios de telemedicina.

**Cuidado de Urgencia** es una clínica sin cita previa que presta cuidado ambulatorio en un centro médico especializado para enfermedades o lesiones que requieren cuidado inmediato pero que no son lo suficientemente graves para necesitar una visita a una sala de emergencia.

## BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

**Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital** es el lugar que cumple todos los siguientes criterios:

- Es un área específicamente designada del hospital, denominada unidad de cuidados intensivos en un hospital;
- Provee el nivel más alto de cuidado médico;
- Está restringida a pacientes que están gravemente enfermos o lesionados y que requieren observación y cuidado integral e intensivo;
- Está separada y alejada de la sala de recuperación quirúrgica y de las habitaciones, camas y salas reservadas usualmente para hospitalización de pacientes;
- Está equipada de manera permanente con equipo especial para salvar vidas para el cuidado de quienes están gravemente enfermos o lesionados;
- Está bajo la observación minuciosa por el personal de enfermería especialmente entrenado, asignado exclusivamente a la unidad de cuidados intensivos en un hospital, las 24 horas del día; y
- Cuenta con un médico asignado a tiempo completo a la unidad de cuidados intensivos en un hospital.

El término **Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital** excluye específicamente cualquier tipo de instalación que no satisfaga la definición de unidad de cuidados

intensivos en un hospital de este plan, incluidas, entre otros, las habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y unidades intermedias:

- Una unidad de cuidados progresivos;
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos; o
- Una unidad de cuidados intermedios.

**Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios** significa cualquiera de las siguientes:

- Una unidad de cuidados progresivos;
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos;
- Una unidad de cuidados intermedios; o
- Una unidad de cuidados pre o posintensivos.

Una unidad de cuidados intensivos intermedios no es una unidad de cuidados intensivos en un hospital según se define en este plan.

## BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR

**Psiquiatra** es un doctor en medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales.

**Psicólogo** es un profesional de la salud mental y clínica que trabaja con pacientes. Un psicólogo no es un doctor en medicina, que brinda normalmente intervenciones médicas y terapias de medicamento, sino que proporciona análisis y orientación.

**Centro de Rehabilitación** es una unidad o centro que brinda servicios multidisciplinarios coordinados para restauración física. Estos servicios deben brindarse a pacientes internos bajo la dirección de un médico. El médico debe contar con conocimiento y experiencia en medicina de rehabilitación. Las camas deben ubicarse en una unidad o centro específicamente designadas y con el personal adecuado para este servicio. No es un centro para el tratamiento del alcoholismo o la adicción a las drogas.

## CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA EXCLUSIONES

El Beneficio por Actividades Atléticas Organizadas no es pagadero por lesiones accidentales que han sido causadas por o que ocurran como consecuencia de la participación de un asegurado en cualquier deporte o actividad deportiva por un sueldo, compensación o ganancia, incluyendo dirigir, entrenar, o conducir cualquier tipo de vehículo en un evento organizado (en Idaho, a capacidad profesional).

Este beneficio tampoco es pagadero por lesiones accidentales que ocurren durante o que se deban a clases de educación física (excepto en Idaho).

## DEFINICIÓN

**Una Actividad Atlética Organizada** significa una competencia atlética o una práctica organizada supervisada para una competencia atlética. Las Actividades Atléticas Organizadas se llevan a cabo con regularidad basándose en una programación fija, a menudo durante una temporada predeterminada. La competencia debe regirse por un conjunto de reglas escritas y arbitrada por alguien certificado para ejercer a ese nivel. La competencia también debe ser supervisada por una entidad jurídica como un sistema escolar público o una liga deportiva. La entidad jurídica debe tener un conjunto de estatutos y la competencia se debe llevar a cabo en una superficie de juego regulada. La participación debe ser a nivel de aficionado.

## USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura podría continuar bajo ciertas condiciones. Lea el certificado para más detalles.

## TERMINACIÓN DE COBERTURA

Su seguro puede terminar cuando el plan termine; a partir del día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; o la fecha en que deja de pertenecer a una clase en la que califica. Si su cobertura termina, proporcionaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras la cobertura estaba en vigor. Lea el certificado para obtener más detalles.

**Si esta cobertura reemplazara alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que tal vez, lo más conveniente para usted sea mantener su póliza individual de renovación garantizada.**

**Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan solo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima, según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal.**

[aflacgroupinsurance.com](http://aflacgroupinsurance.com) | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands. Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

El certificado al que pertenece este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece. Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o comunicándose con nuestro Centro de Servicios al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones de la Póliza Serie C70000. En Arkansas, C70100AR. En Idaho, C70100ID. En Oklahoma, C70100OK. En Oregon, C70100OR. En Pennsylvania, C70100PA. En Texas, C70100TX. En Virginia, C70100VA.

# Esté completamente preparado y confiado con Beneficios Legales

Plan ofrecido con orgullo a los empleados de Galena Park ISD

Proteja el futuro de su familia con LegalEASE.

LegalEASE ofrece valiosos beneficios para proteger a su familia y sus ahorros de problemas legales personales inesperados.

Lo que obtiene con un plan LegalEASE:

- Un abogado con experiencia específica en su asunto legal personal
- Acceso a una red nacional de abogados con experiencia excepcional que se adaptan a sus necesidades
- Cobertura dentro y fuera de la red
- Ayuda de conserjería para navegar problemas legales individuales o familiares comunes

Inscríbase en el Plan de Beneficios de LegalEASE.

Para más información:

Llame: 1(800) 248-9000

Visite: [www.legaleaseplan.com/galena](http://www.legaleaseplan.com/galena)

 **LEGAL EASE**

# Un plan de beneficios legales puede aliviar las mayores tensiones - encontrar y pagar por expertos legales cuando más los necesita.

LegalEASE ofrece un plan de beneficios legales que brinda apoyo y protección contra problemas legales personales inesperados.

## Detalles del Plan:

**\$7.88 quincenal\*,  
mediante deducción  
de nómina**

**Quién  
está  
cubierto**

Empleado

Cónyuge

Hijos dependientes

Hasta los 19 años; Edad 19-26 matriculados a tiempo completo en una universidad acreditada

Padres

Beneficios para personas mayores diseñados para los padres del miembro del plan y del cónyuge

\*Basado en un calendario de deducciones de 24 períodos de pago.

## El valor de un Plan de Beneficios de LegalEASE.

Ser miembro ahorra costosos honorarios legales y proporciona cobertura para:



### HOGAR Y RESIDENCIAL

Compra/Venta/Refinanciamiento de Residencia Principal, Casa de Vacaciones o Inversión Venta/ Compra/Refinanciamiento, Disputa de Inquilino, Ejecución Hipotecaria



### FINANZAS Y CONSUMO

Defensa de cobro de deudas, quiebra (capítulo 7 o 13), auditoría fiscal, preparación de documentos, disputa del consumidor, tribunal de reclamos menores, disputa de pedido por correo/compra por Internet, disputa de tarifa bancaria, disputa de contrato de teléfono celular, disputa de garantía, asesor financiero



### AUTOMÓVIL Y TRÁFICO

Multa de tránsito, asuntos graves de tránsito (resultando en suspensión o revocación de licencia), procedimiento administrativo (relativo a suspensión o revocación de licencia), comprador de vehículo por primera vez, reparación de vehículo y litigio bajo la "Ley del Limón"



### ASUNTOS FAMILIARES

Acuerdo prenupcial, cambio de nombre, tutela/ curaduría, adopciones, procedimientos judiciales de menores, derecho de ancianos, asistencia de inmigración



### PLANIFICACIÓN PATRIMONIAL Y TESTAMENTOS

Testamento o codicilo, testamento en vida y/o poder notarial para atención médica, sucesión de bienes pequeños



### ASUNTOS GENERALES

Defensa de litigios civiles, defensa de incompetencia, consulta inicial de oficina de abogados, revisión de documentos simples, mediación, defensa de delitos menores, tarifas de contingencia con descuento, asistencia con el robo de identidad

Se aplican limitaciones. Visite <https://www.legaleaseplan.com/galena> para conocer los beneficios específicos del plan.



**Para más información visite:**

<https://www.legaleaseplan.com/galena>



**Para obtener más información, llame al:**

1(800) 248-9000 y haga referencia a "Galena Park ISD"

**LEGALEASE**

Se aplican limitaciones y exclusiones. Este resumen de beneficios sólo pretende resaltar los beneficios y no se debe confiar en él para determinar completamente la cobertura. Se reciben descripciones más completas de los beneficios y los términos bajo los cuales se brindan al inscribirse en el plan. Los planes legales grupales son administrados por Legal Access Plans, L.L.C. o LegalEASE Oficina central: 5151 San Felipe, Suite 2300, Houston, TX. Es posible que este plan legal no esté regulado como seguro en algunos estados, pero está disponible en todos los estados. Los planes legales grupales son administrados por The LegalEASE Group. Comuníquese con LegalEASE para obtener detalles completos. ©2022 LegalEASE Todos los derechos reservados. LASG\_INS\_Inscripción\_1PG\_GalenaParkISD\_2022-06

# Aviso de Disponibilidad Universal

*First Financial Group of America*

## Actúe ahora para maximizar sus contribuciones 403(b)

De conformidad con los requisitos de IRC §403(b)(12)(A)(ii), este Aviso le informará sobre el Programa 403(b) voluntario establecido y mantenido para el beneficio de todos los empleados.

Ahora es el momento de actuar si desea maximizar sus contribuciones antes de impuestos a los Planes 403(b) o hacer cambios para este año calendario (fiscal). Vaya a "[Find Your Employer Plan and Provider Information](#)" (Encuentre la información del proveedor) en [www.ffga.com](http://www.ffga.com) para ver las opciones y la disponibilidad del plan de jubilación de su empleador.

**Elegibilidad** - Todos los empleados empleados por el Empleador, incluidos los empleados a tiempo completo y parcial.

**Contribuciones** - Cuando se inscribe en el programa, los montos que designa como aplazamientos de salario se retienen de su salario y se envían a un proveedor de inversiones de su elección. Varios tipos de contribuciones pueden estar disponibles en su plan:

***Aplazamientos de salario antes de impuestos:*** Estos son montos aportados a un Plan 403(b) que se difieren de su cheque de pago antes de que se apliquen los impuestos federales sobre la renta.

***Aplazamientos de salario Roth:*** (si su plan lo permite) Estos montos también se difieren de su cheque de pago, pero están sujetos a impuestos federales sobre la renta. Cuando retira dinero de un plan Roth, los fondos pueden quedar excluidos de impuestos. Se aplican reglas especiales a las contribuciones Roth y debe comunicarse con su asesor fiscal antes de elegir esta opción.

Para 2022, puede diferir de su salario un máximo de \$20,500 para todos los planes 403(b), a menos que alcance los 50 años de edad durante el año. En ese caso, sería elegible para contribuir \$6,500 adicionales (\$27,000 en total). Los aplazamientos no pueden exceder el 100% de su salario.

***Reinversiones:*** (si su plan lo permite) También puede reinvertir fondos del plan de otro empleador si recibe una distribución de reinversión elegible.

**Opciones de inversión del plan** - Sus contribuciones al Plan 403(b) deben hacerse a un proveedor de inversiones aprobado por su Empleador. Antes de inscribirse en el plan, primero debe establecer una cuenta con uno de los proveedores enumerados. Una vez que haya celebrado un contrato de inversión y establecido una cuenta, puede comenzar a hacer contribuciones.

**Asistencia** - Puede inscribirse en el plan o recibir asistencia con estas disposiciones comunicándose con el Administrador Externo del plan, First Financial Administrator, Inc. o un representante de una de las Compañías de Inversión del plan que se enumeran en [www.ffga.com](http://www.ffga.com).

Para obtener información adicional sobre las disposiciones y opciones de su plan, comuníquese con First Financial Administrators al [\(800\) 523-8422](tel:8005238422), opción 2 o desde el sitio web del plan, [www.ffga.com](http://www.ffga.com).

# Aviso de Disponibilidad Universal

*First Financial Group of America*

## Plan de Jubilación 403(b)

La estructura fiscal de un 403(b) es similar a la del 401k. A medida que hace contribuciones con su salario antes de impuestos, éstas atraen intereses. Es cuando comienza a recibir pagos mensuales del plan al vencimiento que debe pagar impuestos, al igual que cualquier otro ingreso ordinario. Esta es la razón por la que el 403(b) también se conoce como Anualidad Protegida de Impuestos (TSA, por sus siglas en inglés). Este plan es popular entre las organizaciones sin fines de lucro y los empleadores optan por él, ya que está exento de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados, que permite al empleador ofrecer este plan a todos los empleados.

¿Preguntas? Comuníquese con First Financial al [\(800\) 523-8422](tel:8005238422), opción 2 o visítenos en [www.ffga.com](http://www.ffga.com).



A veces, las áreas del ámbito financiero, como los ahorros para la jubilación, pueden ser confusas. Por lo tanto, queríamos brindarle las respuestas a algunas de las preguntas más frecuentes que nos hacen. Encontrará respuestas a preguntas que van desde abrir una cuenta hasta llegar a la jubilación y retirar sus fondos.

## PREGUNTAS FRECUENTES

### ¿QUÉ ES UN 403(b) Y POR QUÉ ES UNA BUENA IDEA CONTRIBUIR A UNO?

Los planes de jubilación 403(b) son una excelente manera de comenzar a ahorrar para su jubilación. El 403(b) es un plan de jubilación complementario, muy parecido al 401(k) del sector público, que le permite ahorrar fondos adicionales junto con su jubilación estatal. Cada período de pago, las contribuciones se retienen de su cheque de pago (cantidad elegida por usted) y se envían a su cuenta 403(b). Esto permite que las ganancias de su inversión crezcan con impuestos diferidos hasta el retiro y también le permite aprovechar un crédito fiscal por ahorro. No paga impuestos sobre la renta sobre las contribuciones permitidas hasta que comience a hacer retiros del plan, generalmente después de jubilarse o haber alcanzado cierta edad para retirar fondos. Las contribuciones permitidas a un plan 403(b) se excluyen o se deducen de sus ingresos.

### ¿CÓMO ABRIR UNA CUENTA 403(b)?

¡Buenas noticias, puede inscribirse con un 403(b) durante todo el año! La mejor manera de comenzar es visitando nuestro sitio web en [www.ffga.com](http://www.ffga.com). Desde la página de inicio, haga clic en “View Employer Retirement Plans” (Ver planes de jubilación del empleador) y luego ingrese el nombre del empleador. Esto le permitirá:

- Vea una lista de proveedores de inversión disponibles en el plan de su empleador y sus números de teléfono
- Buscar agentes de 403(b)
- Localizar el Acuerdo de Reducción Salarial (SRA) de FFGA y otros formularios
- Ver opciones de planes de empleadores con respecto a transacciones, contribuciones, contactos, etc.

### *Pasos para abrir una cuenta e iniciar contribuciones*

1. **Decida a qué compañía de inversión de la lista de proveedores autorizados le gustaría contribuir.** Comuníquese con la compañía para obtener instrucciones o, si no está seguro, use la herramienta de búsqueda de agentes en nuestro sitio web para encontrar un agente que pueda ayudarle a decidir.
2. **Establezca una cuenta con un proveedor** con la ayuda de su agente.
3. **Complete el Acuerdo de Reducción Salarial**, una vez que se haya establecido su cuenta, y envíe el formulario por fax al 866-265-4594. Este formulario le permite a su empleador retener las contribuciones 403b de su cheque de pago, que se enviarán a la compañía de inversión de su elección.

**Tenga en cuenta: Completar un Acuerdo de Reducción Salarial no abre su cuenta de jubilación; también debe comunicarse con el proveedor para establecer una cuenta antes de completar un Acuerdo de Reducción Salarial.**

First Financial Administrators, como Administrador Externo de su empleador, cuenta con Especialistas en Jubilación que pueden ayudarle en cualquier momento de su proceso; sólo llámenos al 1-800-523-8422 y estaremos encantados de ayudarle.

### ¿CUÁNTO PUEDO APORTAR AL AÑO?

Los límites de contribución de 2022 le permiten alcanzar un máximo de \$20,500.00 si tiene 49 años o menos. Si tiene 50 años de edad o más, es elegible para hacer "contribuciones de puesta al día" por lo que su monto máximo por año calendario es de \$27,000.00.

### ¿PUEDO REINVERTIR/TRANSFERIR FONDOS DEL PLAN DE UN EX EMPLEADOR A MI 403(b)?

Sí, si el plan de su empleador permite reinversiones y transferencias al plan. Visite nuestro sitio web para ver qué ofrece su empleador en el plan.

### ¿PUEDO REINVERTIR/TRANSFERIR MIS FONDOS A OTRA CUENTA COMO UNA 401(k), IRA, 457, ETC.?

Sí, si el plan de su empleador permite reinversiones y transferencias, y ha cumplido con un evento calificador, puede mover sus fondos a otro plan calificado. Visite nuestro sitio web para ver qué ofrece su empleador en el plan.

### ¿PUEDO SUSPENDER O CAMBIAR MIS CONTRIBUCIONES?

Para realizar cambios en sus contribuciones, deberá completar y enviar un Acuerdo de Reducción Salarial (el mismo formulario que se usa para comenzar las contribuciones). Puede suspender, aumentar o disminuir en cualquier momento durante el año de acuerdo con el cronograma de nómina de su empleador y los cambios de fecha de vencimiento para cada fecha de pago. Puede llamarnos al 1-800-523-8422 o visitar nuestro sitio web en [www.ffga.com](http://www.ffga.com) para determinar las fechas de vencimiento para su empleador.

### ¿PUEDO RETIRAR DINERO EN CASO DE DIFICULTAD FINANCIERA?

Las distribuciones por dificultades económicas le permiten retirar fondos de su 403(b) (si está permitido en el plan de su empleador) si tiene una necesidad financiera que no puede satisfacerse con otros recursos razonablemente disponibles por las siguientes razones:

- Facturas médicas
- Matrícula universitaria para usted o un dependiente calificado
- Compra de una residencia principal
- Desalojo/Ejecución Hipotecaria
- Gastos funerarios para cónyuge, hijo, dependiente o padres

**Estos gastos deben estar sin pagar en el momento de la solicitud para que se apruebe una distribución por dificultades económicas. Sus gastos no pueden ser reembolsados.**

### ¿CUÁNDO PUEDO RECIBIR UNA DISTRIBUCIÓN?

Tenga en cuenta que los planes 403(b) están pensados como ahorros para la jubilación y no deben verse como una simple cuenta de ahorros. Por esta razón, el IRS tiene ciertos "eventos calificadores" para retirar sus fondos de un 403(b), como muchas otras cuentas de jubilación. Sin embargo, si el plan de su empleador lo permite, puede tomar un préstamo o una distribución por dificultades financieras (se aplican las pautas del IRS), si surge la necesidad. Asegúrese de obtener el consejo de su asesor fiscal antes de proceder con cualquier transacción.

### EVENTOS CALIFICADORES

1. Cesantía del empleo
2. Mayor de 59 años y medio
3. Discapacidad
4. Muerte
5. Dificultades (se aplican pautas)



16945 Northchase Dr, Ste. 1800 | Houston, TX 77060 | <https://ffga.com>

TELÉFONO: 800-523-8422 | FAX: 866-265-4594 | CORREO ELECTRÓNICO: [retirement@ffga.com](mailto:retirement@ffga.com)

Presentando...



## Plan de Jubilación FFINvest 457(b)

Estimado empleado de Galena Park ISD,

En este momento, usted tiene la oportunidad de marcar una verdadera diferencia en el futuro de su jubilación. ¿Cómo? ¡Al unirse al Plan FFINvest 457(b)!

El Plan que ofrecemos es un beneficio valioso para ayudarle a ahorrar para el futuro. Ahorrar ahora puede ayudarle a tener los ingresos que necesitará cuando se jubile. Participar en el Plan es fácil. Usted aporta una parte de su pago a su cuenta del Plan cada día de pago a través de una conveniente deducción de nómina. Luego, las contribuciones se asignan a las opciones de inversión del Plan que seleccione.

También hay importantes ventajas fiscales. Por ejemplo, si elige deducciones antes de impuestos, sus contribuciones calificadas y todas las ganancias en su cuenta no están sujetas al impuesto sobre la renta federal actual (o, cuando corresponda, impuestos estatales o locales) hasta que los retire del Plan. Este aplazamiento de impuestos le da a sus ahorros para la jubilación la capacidad de crecer en los términos más favorables posibles. El plan de jubilación de su distrito también ofrece deducciones Roth (después de impuestos). Al combinar la comodidad con estos beneficios fiscales especiales, su plan de ahorro para la jubilación le ofrece una de las mejores formas de financiar su futuro.

Puede contribuir \$20,500 o \$27,000 anualmente si tiene 50 años o más.

Nos complace ofrecerle este valioso beneficio y esperamos que lo utilice para ayudar a hacer realidad sus sueños de jubilación. Al igual que con cualquier inversión, se supone que hay riesgos, pero FFINvest ofrece una amplia gama de opciones que le permiten adaptar sus inversiones para que coincidan con su tolerancia al riesgo. Comience hoy y dé el primer paso hacia un futuro mejor.

También puede encontrar más información en línea en <http://ffinvest.my457account.com> o <http://benefits.ffga.com/galenaparkisd> y seleccione “[FFInvest](#)” en “Plan de Beneficios y Primas/[Año del Plan 2022-2023](#)”.

**Michele Noboa**

**Directora de Inversiones**

**Representante Registrada**

1-800-523-8422, ext. 7437

[ffinvest@ffga.com](mailto:ffinvest@ffga.com)



*“Todos los valores son ofrecidos para la venta o compra por First Financial Securities of America, Inc.”*

Presentando...



## Plan de Jubilación FFINvest 457(b)

Nos complace anunciar el Plan de Jubilación FFINvest que ya está disponible. El Plan de Jubilación FFINvest 457(b) es un plan integral financiado por Fondos Mutuos de Valor Neto de los Activos. Se trata de un plan competitivo y sencillo, pero flexible con un enfoque del tipo 401(k).

### Puntos destacados del plan:

- **Múltiples Opciones de Inversión**

El plan ofrece 21 opciones de inversión diferentes para aprovechar las condiciones cambiantes del mercado de inversión, incluyendo American Funds, Vanguard, Harbor and Delaware. También hay Fondos de Bonos y Fondos de Jubilación con Fecha Determinada de los que usted puede elegir.

- **Opción de Deducción Roth (Después de Impuestos) Disponible**

- **Reinversiones/Transferencias**

Las Reinversiones/Transferencias son aceptadas en el plan de otros planes de jubilación, incluyendo las IRA

- **Crédito para Contribuciones a Ahorros para la Jubilación (Crédito del Ahorrador)**

Una persona puede ser capaz de tomar un crédito fiscal de hasta \$1,000 (\$2,000 si presenta una declaración conjunta) por hacer contribuciones elegibles a un plan de jubilación patrocinado por el empleador.

- **Sin Multa del IRS**

No se aplica la multa del 10% del IRS por retiros antes de la edad de 59 ½

- **NINGUNA Comisión de Venta Inicial**

NO se deduce ninguna comisión de venta de las contribuciones. Esto significa que el 100% de todas las contribuciones se invierten y empiezan a trabajar para usted.

- **NINGUNA Comisión Diferida de Salida**

- **Tecnología y Comunicación de Uso Fácil para el Cliente**

- » Centro de educación para la jubilación: <http://ffinvest.my457account.com>
- » Número de teléfono gratuito: 1-866-848-0258
- » Sitio web interactivo: [www.my457account.com](http://www.my457account.com)
- » Proyecciones de beneficios personalizadas
- » Opción de préstamo
- » [Blog / Calculadoras](#)
- » [Boletín Trimestral](#)
- » Extracto electrónico (eStatement) Trimestral

#### Límites de Contribución para 2022:

\$20,500 – menos de 50 años  
\$27,000 – 50 años (antes del 12/31) o más

ENROLL NOW

#### ¡Inscríbese en línea ahora!

- » Vaya a [www.my457account.com](http://www.my457account.com)
- » Seleccione "[Retirement Plan Login](#)"  
(esquina superior izquierda, encima del logotipo de InvesTrust)
- » Seleccione "[New User](#)"
- » Ingrese la contraseña del plan (se distingue entre mayúsculas y minúsculas): Galena

Si tiene preguntas, comuníquese con un Especialista en Planes de Jubilación de InvesTrust al 1-866-848-0258, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del Centro.

Para preguntas o información sobre cómo inscribirse en el Plan de Jubilación FFINvest 457(b), comuníquese con [ffinvest@ffga.com](mailto:ffinvest@ffga.com) o llame al 1-800-523-8422



ES MUY IMPORTANTE QUE LEA Y ENTIENDA LO SIGUIENTE: Todas las inversiones implican cierto grado de riesgo. Los fondos son ofrecidos por folletos, que contienen información más completa sobre los objetivos de inversión, riesgos, cargos y gastos asociados a una inversión en el fondo. Por favor, asegúrese de revisar el folleto en <http://ffinvest.my457account.com> antes de decidirse a invertir.

**¿Cuándo podré participar?**

Los empleados elegibles podrán unirse al Plan (fecha de ingreso) el primer día del mes que coincida o sea posterior a la fecha en la que se cumple el requisito de elegibilidad, generalmente la Fecha de contratación ("FDC").

**¿Cómo contribuyo al Plan?**

» A través de deducciones por nómina, usted puede efectuar contribuciones seleccionadas de sueldo con impuestos diferidos hasta el máximo permitido por la ley. El límite en dólares es de **\$20.500** para el año tributario 2022.

» También puede designar sus contribuciones de sueldo a una cuenta del Plan que acepte contribuciones Roth después de impuestos. En 2022, usted podrá contribuir hasta **\$20.500**, en total, a todas las cuentas (contribuciones Roth después de impuestos y aportaciones de sueldo con impuestos diferidos antes de impuestos). Las contribuciones Roth serán incluidas como ingresos imposables para el empleado. Las ganancias de la contribución Roth se acumularán libres de impuestos, y los retiros de fondos podrán ser exentos del impuesto federal sobre la renta.

» Si usted tiene un plan autorizado de jubilación (antes de impuestos), un convenio 403(b) con impuestos diferidos o un plan 457 gubernamental con un empleador anterior o tiene una cuenta IRA gravable, usted podrá transferir o reinvertir dicha cuenta al Plan en cualquier momento.

**¿Puedo efectuar contribuciones de puesta al día al Plan?**

Si usted tiene **50 años de edad** o más (o cumplirá 50 años el 31 de diciembre o antes) y efectúa la contribución de sueldo con impuestos diferidos máxima permitida a su Plan, usted tiene derecho a contribuir una cantidad adicional como "contribución de puesta al día". La contribución de puesta al día tiene el propósito de ayudar a los empleados elegibles a compensar las pequeñas contribuciones (o falta de contribuciones) efectuadas al principio de sus carreras profesionales. La máxima contribución de puesta al día es de **\$6.500** para el año fiscal 2022. Consulte a su Administrador de Beneficios para obtener más detalles.

**¿Puedo suspender o cambiar mis contribuciones?**

» Puede detener sus contribuciones en cualquier momento en línea o firmando un nuevo acuerdo. Una vez que suspenda las contribuciones, puede comenzar de nuevo en el próximo período de pago disponible.

» Puede aumentar o disminuir el monto de sus contribuciones antes de impuestos y/o Roth en el próximo período de pago disponible.

**¿Cómo obtengo "derechos adquiridos" en mi cuenta del plan?**

La adquisición de derechos se refiere a su "propiedad" de un beneficio del Plan. Siempre tiene derecho al 100% de sus contribuciones al Plan y sus aportes transferidos, más cualquier ganancia que generen.

**¿Cómo se invierten las contribuciones del plan?**

Usted da instrucciones de inversión para su cuenta del Plan 457(b) seleccionando entre las opciones de inversión proporcionadas en el Plan, según lo determine el Plan 457(b) de FFIInvest.

**Opciones de Inversión**

<b>Mercado Monetario y Renta Fija</b>	<b>Símbolo</b>	<b>Gasto</b>
Invesco Treasury Portfolio Shrt-Trm Inv Trust (Instl)	TRPXX	0.18
Vanguard GNMA Fund (Admiral (Adm))	VFIJX	0.11
Vanguard Total Bond Market Index (Adm)	VBTLX	0.05
<b>Renta Variable de Gran Capitalización</b>		
American Funds American Mutual Fund (R6)	RMFGX	0.28
Delaware Value (R6)	DDZRX	0.58
American Funds Growth Fund of America (R6)	RGAGX	0.30
Harbor Capital Appreciation Fund (Retirement)	HNACX	0.59
Vanguard 500 Index Fund (Adm)	VFIAX	0.04
<b>Renta Variable de Mediana Capitalización / Renta Variable de Pequeña Capitalización</b>		
Vanguard Mid-Cap Index Fund (Adm)	VIMAX	0.05
Vanguard Small Cap Value Index Fund (Adm)	VSIAX	0.07
Vanguard Small Cap Growth Index (Adm)	VSGAX	0.07
<b>Renta Variable Internacional</b>		
Harbor International Fund (Retirement Class)	HNINX	0.69
Brandes International Equity (R6)	BIERX	0.75
Artisan International Fund (Institutional)	APHIX	0.97
American Funds EuroPacific Growth Fund (R6)	REGRX	0.46
<b>Fondos de Asignación de Activos / Balanceados</b>		
Vanguard Target Retirement Income Fund (Inv)	VTINX	0.12
Vanguard Target Retirement 2015 Fund (Inv)	VTXVX	0.13
Vanguard Target Retirement 2025 Fund (Inv)	VTTVX	0.13
Vanguard Target Retirement 2035 Fund (Inv)	VTTHX	0.14
Vanguard Target Retirement 2045 Fund (Inv)	VTIVX	0.15
Vanguard Target Retirement 2055 Fund (Inv)	VFFVX	0.15
Vanguard Target Retirement 2065 Fund (Inv)	VLXVX	0.15
American Funds American Balanced (R6)	RLBGX	0.26

» Si no elige las opciones de inversión, su cuenta se invertirá en el fondo que se indica a continuación que sea más aplicable a su edad actual. Puede cambiar las opciones de inversión en cualquier momento.

<b>Nombre de la opción de inversión</b>	<b>De la edad a la edad</b>	
Vanguard Target Retirement Income Fund (Inv)	68	99
Vanguard Target Retirement 2015 Fund (Inv)	58	67
Vanguard Target Retirement 2025 Fund (Inv)	48	57
Vanguard Target Retirement 2035 Fund (Inv)	38	47
Vanguard Target Retirement 2045 Fund (Inv)	28	37
Vanguard Target Retirement 2055 Fund (Inv)	23	27
Vanguard Target Retirement 2065 Fund (Inv)	18	22

### ¿Cuándo puedo retirar dinero de mi cuenta 457(b)?

Se podrán efectuar retiros de fondos de su cuenta del Plan en caso de uno de estos eventos:

- Fallecimiento
- La terminación del empleo
- El participante cumple la edad de 70 años y medio

Para recibir un tratamiento fiscal favorable, las distribuciones de las contribuciones Roth deben realizarse después de que el participante cumpla 59 años y medio, o debido a la muerte o discapacidad del participante, y deben realizarse al menos 5 años después de la fecha en que se realice la primera contribución Roth. Asegúrese de hablar con su asesor fiscal antes de retirar cualquier dinero de su cuenta del Plan.

### ¿Podré retirar dinero en caso de emergencia imprevista?

Si usted tiene una necesidad financiera inmediata y grave causada por una emergencia imprevista y carece de otros recursos razonables disponibles para enfrentarse a dicha necesidad, podrá tener derecho a recibir un retiro de dinero por emergencia imprevista de su cuenta. Si piensa que está enfrentándose a una emergencia imprevista según lo define el Plan (Reg. Sección 1.457-6(c)(2)), debe consultar con su Especialista en Planes de Jubilación de InvesTrust por teléfono al 1-866-848-0258, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. para obtener más detalles.

### ¿Podré pedir dinero prestado de mi cuenta?

El Plan está destinado a ayudarlo a ahorrar dinero para su jubilación; sin embargo, el Plan FFIInvest 457(b) incluye una característica del Plan que le permite pedir prestado dinero del Plan.

» El monto del préstamo que el Plan le puede proporcionar está limitado por las reglas establecidas por la ley fiscal. En general, todos los préstamos estarán limitados a **lo que resulte menor de:** la mitad del saldo de su cuenta con derechos adquiridos o \$50,000.

» El monto mínimo de un préstamo es de \$1,000.

» Por lo general, todos los préstamos deben ser pagados dentro de un plazo de cinco años.

» Un plazo más largo podrá estar disponible si el préstamo es usado para comprar su residencia principal.

» Usted podrá tener 1 préstamo a la vez.

» **Usted le paga el interés a su cuenta.** La tasa de interés de su préstamo será la tasa preferencial más un 2.00%.

» Un cargo por procesamiento de \$50 para todos los nuevos préstamos es cargado a su cuenta.

Se deben cumplir otros requisitos y límites, y se pueden aplicar ciertas tarifas. Comuníquese con un especialista en planes de jubilación de InvesTrust al 1-866-848-0258, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. para obtener más detalles sobre estos préstamos para participantes.

### ¿Cuáles son los honorarios de administración del plan?

Descripción del honorario	Cantidad
Cuota anual por participante*	\$18 (\$4.50 por trimestre)
Cuota anual de valor de su cuenta	0.85%
Procesamiento de QDRO (divorcio)	\$100/cada uno
Procesamiento de Préstamo	\$50/cada uno

\*Incluye participantes con saldos en su cuenta

### ¿Cómo puedo obtener información sobre mi cuenta?

» Recibirá una notificación por correo electrónico de que el extracto de su cuenta electrónico personalizado está disponible en línea. El extracto de cuenta electrónico muestra el saldo de su cuenta, así como las contribuciones y ganancias abonadas a su cuenta durante el período del informe.

» Usted también tendrá acceso a un sitio de Internet ([www.my457account.com](http://www.my457account.com))/Retirement Plan Login (Inicio de sesión del plan de jubilación) que está diseñado para proporcionarle información actual sobre la cuenta de su Plan. Puede obtener información actualizada sobre el saldo de su cuenta, contribuciones, selecciones de inversión y otros datos del Plan. Usted recibirá información adicional sobre cómo usar el sitio Internet.

Como participante del plan, puede solicitar cierta información de los **Especialistas en Inversiones de InvesTrust, 5100 N. Classen Blvd. Suite 620 Oklahoma City, OK 73118**

**Teléfono: 1-866-848-0258, L-V 8:00 a.m.—5:00 p.m.**

Esta información incluye: gastos operativos anuales de las inversiones del Plan; copias de folletos financieros, estados financieros, informes u otros materiales relacionados con las inversiones del Plan; una lista de activos contenidos en cada cartera de inversiones del Plan; el valor de esos activos y unidades de fondos o acciones; y el rendimiento pasado y actual de cada inversión del Plan. Más información se puede encontrar en línea en <http://ffinvest.my457account.com>

**¿Cómo me inscribo?** Simplemente complete los formularios de inscripción provistos y devuélvalos a la persona designada o envíelos por fax a First Financial Group of America: **1-855-300-7454.**

### ¿Me puedo inscribir en línea?

¡Sí! Vaya a [www.my457account.com](http://www.my457account.com) Seleccione **"Retirement Plan Login"** (en la parte superior de la página, encima del logotipo de InvesTrust) Seleccione **"New User"** Ingrese la contraseña (distingue entre mayúsculas y minúsculas): Galena

Si tiene preguntas durante la inscripción en línea, comuníquese con InvestTrust: 1-866-848-0258.



# Cómo inscribirse

ENROLL NOW

**Paso 1 – Inscríbese en línea hoy** – Vaya a [www.my457account.com](http://www.my457account.com), haga clic en [Retirement Plan Login](#) (Inicio de sesión en el plan de jubilación) (encima del logotipo de InvesTrust), haga clic en "[New User](#)" (Nuevo usuario) cuando se inscriba por primera vez e ingrese la contraseña del plan (distingue entre mayúsculas y minúsculas): **Galena**  
¡Siga las instrucciones para inscribirse hoy! Llame a un Especialista en Planes de Jubilación de InvesTrust si necesita ayuda al 1-866-848-0258, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

**Paso 2 –** Decida cuánto invertir e ingrese su contribución por período de pago: 10%, a menudo es un buen comienzo.  
Puede contribuir hasta el límite máximo de contribución del IRS de \$20,500. Si tiene 50 años o más, puede contribuir \$6,500 adicionales (\$27,000 en total).

**Paso 3 –** Seleccione cómo quiere invertir sus contribuciones entre las opciones de inversión disponibles en el plan.

## ¡Empiece hoy!



Su decisión de comenzar ahora podría ayudarle a acumular más al jubilarse. Y mire la diferencia que puede hacer en el valor potencial total de su cuenta al guardar sólo unos pocos dólares más de su salario antes de impuestos.

¡Empiece hoy!	Contribuya \$25 de su salario quincenal	Contribuya \$50 de su salario quincenal
Valor potencial de la cuenta en 10 años	\$8,289	\$16,579
Valor potencial de la cuenta en 25 años	\$37,949	\$75,898

**Esta ilustración hipotética se basa en las siguientes suposiciones:**

La tasa de cotización indicada se mantiene constante a lo largo de los períodos indicados. Su cuenta aumenta a la tasa de rendimiento anual hipotética del 7% compuesto anualmente. Usted no hace retiros ni toma dinero prestado. Todas las ganancias se reinvierten. Se aplican los límites del IRS sobre la compensación y las contribuciones antes de impuestos. Los límites actuales están indexados y ajustados por los aumentos del costo de vida utilizando una tasa de inflación hipotética del 3% anual. Todos los cálculos suponen que las contribuciones se realizan el último día del año.

El rendimiento de las inversiones y las descripciones de los fondos están disponibles en línea en: <http://ffinvest.my457account.com>

Las calculadoras de planes de jubilación están disponibles en línea en: [www.investrust.com/financial-calculators-2/](http://www.investrust.com/financial-calculators-2/)



[Plan 457\(b\) de Galena Park ISD](#)

*Todas las inversiones implican cierto grado de riesgo. Los fondos se ofrecen mediante prospecto, que contiene información más completa sobre los objetivos de inversión, riesgos, cargos y gastos asociados con una inversión en el fondo. Asegúrese de revisar el prospecto antes de decidirse a invertir.*

# INFORMACIÓN DE CONTACTO

## GALENA PARK ISD EMPLOYEE BENEFITS DEPARTMENT

14705 Woodforest Blvd. | Houston, TX 77015

[www.galenaparkisd.com/page/9994](http://www.galenaparkisd.com/page/9994)

[benefits@galenaparkisd.com](mailto:benefits@galenaparkisd.com)

## FIRST FINANCIAL GROUP OF AMERICA

Joe Quijada, Administrador de Cuenta Sr.

281.690.9198 / [joe.quijada@ffga.com](mailto:joe.quijada@ffga.com)

### CONTACTOS DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

CONTACTO DE BENEFICIOS	NOMBRE	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Especialista en Beneficios	Jenny Bernabe	832-386-1276	<a href="mailto:jbernabe@galenaparkisd.com">jbernabe@galenaparkisd.com</a>
Especialista en Beneficios	Valerie Guajardo	832-386-1245	<a href="mailto:vguajardo@galenaparkisd.com">vguajardo@galenaparkisd.com</a>
Directora de Beneficios para Empleados	Holli Sherrard	832-386-1507	<a href="mailto:hsherrard@galenaparkisd.com">hsherrard@galenaparkisd.com</a>

### CONTACTOS DE PROVEEDORES

BENEFICIO	NOMBRE	TELÉFONO	SITIO WEB
Cobertura Médica	TRS ActiveCare	866.355.5999	<a href="http://www.bcbstx.com/trsactivecare">www.bcbstx.com/trsactivecare</a>
Beneficios de Medicamentos Recetados	CVS Caremark	866.355.5999	<a href="https://info.caremark.com/oe/trsactivecare">https://info.caremark.com/oe/trsactivecare</a>
Telesalud	Teladoc	800.835.2362	<a href="http://www.teladoc.com">www.teladoc.com</a>
Telesalud	RediMD	866.989.2873	<a href="http://redimd.com/trsactivecare">redimd.com/trsactivecare</a>
FSA/HSA/DCA	First Financial Administrators, Inc.	866.853.3539	<a href="http://www.ffga.com">www.ffga.com</a>
Cobertura Dental	Guardian	800.541.7846	<a href="http://www.guardiananytime.com">www.guardiananytime.com</a>
Cobertura de Visión	Davis Vision	800.999.5431	<a href="http://www.davisvision.com">www.davisvision.com</a>
Programa de Asistencia al Empleado	ComPsych	800.272.7255	<a href="http://www.guidanceresources.com">www.guidanceresources.com</a>
Seguro de Vida Temporal	Blue Cross Blue Shield	877.442.4207	<a href="http://www.bcbstx.com/ancillary/employees">www.bcbstx.com/ancillary/employees</a>
Seguro de Vida Permanente	Texas Life	800.283.9233	<a href="http://www.texaslife.com">www.texaslife.com</a>
Seguro por Discapacidad	American Fidelity	800.654.8489	<a href="http://www.americanfidelity.com">www.americanfidelity.com</a>
Seguro contra el Cáncer	Allstate	800.521.3535	<a href="http://www.allstateatwork.com">www.allstateatwork.com</a>
Seguro contra Enfermedades Graves	American Fidelity	800.654.8489	<a href="http://www.americanfidelity.com">www.americanfidelity.com</a>
Indemnización Hospitalaria	Aetna	800.607.3366	<a href="http://www.aetnavoluntarylogin.com">www.aetnavoluntarylogin.com</a>
Seguro contra Accidentes	Aflac	800.433.3036	<a href="http://www.aflacgroupinsurance.com">www.aflacgroupinsurance.com</a>
Plan Legal	Legal Ease	800.248.9000	<a href="http://www.legaleaseplan.com/content/galena">www.legaleaseplan.com/content/galena</a>
Planes de Jubilación 403(b)	FFGA	800.523.8422	<a href="http://www.ffga.com">www.ffga.com</a>
Planes de Jubilación 457(b)	Investrust	800.523.8422	<a href="http://ffinvest.my457account.com">http://ffinvest.my457account.com</a>