Resumen del Plan para:
12379000 - The Tarrant County Hospital District dba JPS Health Network

Resumen de Beneficios
Proteja lo que más importa

Enfermedades Críticas

Detalles de la Cobertura	
El seguro voluntario de Enfermedades Críticas de Symetra paga una suma global si se diagnostica una afección cubierta después de que la cobertura entre en vigor para la persona. Las afecciones cubiertas incluyen enfermedades y/o afecciones críticas, como se especifica a continuación.	
Beneficios Básicos	Cáncer Invasivo: 100%, Cáncer Menor: 50%, Cáncer de Piel: $500, Ataque Cardíaco: 100%, Derrame Cerebral: 100%, Enfermedad de las Arterias Coronarias que Requiere Cirugía o Angioplastia: 25%, Insuficiencia de Órganos Principales: 100%, VIH Ocupacional: 100%, Insuficiencia Renal Terminal: 100%, Pérdida de la Vista: 100%, Pérdida del Habla: 100%, Pérdida de la Audición: 100%, Parálisis: 100% (Cubre Enfermedad y Accidente), Quemaduras Graves: 100%
Afecciones Neurológicas	ELA/Otras Enfermedades de las Neuronas Motoras: 100%, Alzheimer Avanzado: 100%, Enfermedad de Parkinson: 100%, Esclerosis Múltiple Avanzada: 100%, Coma: 100% (Cubre Accidente y Enfermedad), Tumor Cerebral Benigno: 100%
Afecciones Infantiles	Anomalía Estructural Congénita Mayor: 100%, Trastorno Metabólico Congénito: 100%, Anomalía Cromosómica Congénita: 100%, Afección Médica Crónica Comúnmente Diagnosticada en la Infancia: 100%
Ocurrencias Adicionales	Si se le diagnostica una Enfermedad Crítica Cubierta y luego, al menos un día después, se le diagnostica una Enfermedad Crítica Cubierta diferente, también pagaremos el beneficio adicional de Enfermedades Críticas por la segunda afección cubierta.
Opciones	
Beneficio por Exámenes de Detección	Paga un monto de beneficio anual de $50 solo por radiografías y pruebas de laboratorio realizadas al empleado, cónyuge o hijo.
Beneficio por Recurrencia	Paga un beneficio adicional del 100% del beneficio de enfermedad crítica cuando una enfermedad crítica específica reaparece más de 6 mes(es) después del primer diagnóstico. Cada afección se paga un número ilimitado de veces, salvo que se especifique lo contrario en el certificado.
Exención de Prima	Ninguna

Monto(s) del Beneficio para el Empleado	
Beneficio de Enfermedades Críticas para el Empleado: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000	
Beneficio de Emisión Garantizada: Hasta $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000	
Monto(s) del Beneficio para Dependientes	
Beneficio para el Cónyuge: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, 25,000 o $30,000, Beneficio de Emisión Garantizada: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000, Beneficio para Hijos: $1,250, $2,500, $3,750, $5,000, $6,250 o $7,500, Beneficio de Emisión Garantizada: $1,250, $2,500, $3,750, $5,000, $6,250 o $7,500 NOTA: El monto del beneficio del dependiente no puede exceder el 100% del monto del beneficio del empleado.	
Definiciones	
Emisión Garantizada	La emisión garantizada es el monto del beneficio disponible sin necesidad de presentar prueba de asegurabilidad en el momento en que una persona es elegible por primera vez para la cobertura.
Prueba de Asegurabilidad	Los montos del beneficio de emisión garantizada de nuestra oferta están disponibles sin evaluación médica de riesgo. No se requerirá EOI en la inscripción inicial ni en la inscripción anual. Fuera de la selección de cobertura durante un período de inscripción, no se requerirá EOI durante el año del plan cuando un empleado solicite cobertura como empleado nuevo o como empleado actual después de un cambio aprobado en su situación de vida, siempre que dichas elecciones se realicen dentro de los 30 días siguientes a la elegibilidad conforme al plan o al cambio de situación.
Reducciones del Monto del Beneficio por Edad	Ninguna
Pago Máximo Vitalicio del Beneficio	Sin máximo vitalicio
Período de Espera del Beneficio	Ninguno
Afección Preexistente	Ninguna
Continuación de la Cobertura	Incluida

Pueden aplicar variaciones estatales.

Si/cuando la cobertura de Enfermedades Críticas se ofrece actualmente a través de otra aseguradora: Los participantes actuales de un plan existente recibirán crédito por el tiempo cumplido bajo esa póliza como parte de la función de Continuidad con la Cobertura Anterior incluida en la póliza de Enfermedades Críticas ofrecida por Symetra Life Insurance Company. Symetra se basará en el Titular de la Póliza para confirmar el estado de la cobertura existente.

Descripción de Beneficios para:
12379000 - The Tarrant County Hospital District dba JPS Health Network

Enfermedades Críticas

Beneficio de Enfermedades Críticas
El seguro de Enfermedades Críticas paga una suma global al primer diagnóstico de una afección cubierta una vez que la cobertura está vigente.

Cáncer Invasivo
El Cáncer Invasivo se define como un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la propagación descontrolados de células malignas y la invasión del tejido adyacente, respaldado por evidencia histológica de malignidad. El Cáncer Invasivo incluye Leucemia, Linfoma, Sarcoma, Melanoma maligno de más de 1 mm de espesor, cualquier tipo de cáncer de mama o Mieloma múltiple. El Cáncer Invasivo debe ser diagnosticado por un Especialista de acuerdo con un Diagnóstico Patológico o Clínico.

Cáncer Menor (In Situ)
El Cáncer Menor (In Situ) se define como un cáncer en el que las células tumorales se encuentran dentro del tejido de origen y no se han propagado al tejido adyacente. El Cáncer No Invasivo incluye: leucemia linfocítica crónica que no ha avanzado más allá de la Etapa 0 de RAI; melanoma maligno en Etapa 1A (T1a) (melanoma de un espesor menor o igual a 1.0 mm, sin ulceración y sin invasión de nivel IV o nivel V de Clark); o cáncer de próstata en etapa temprana clasificado como T1a o T1b (o estadificación equivalente) sin metástasis en ganglios linfáticos ni a distancia. El diagnóstico debe confirmarse con un informe de un Especialista que incluya el informe de patología.

Cáncer de Piel No Melanoma
El Cáncer de Piel No Melanoma se define como un crecimiento maligno que surge en la superficie de la piel y que es cualquiera de los siguientes: Carcinoma de células basales; Carcinoma de células escamosas o Carcinoma de células de Merkel. El diagnóstico debe ser realizado por un Especialista y basarse en un examen patológico del tejido de las lesiones de la piel.

Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio)
El Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) se define como la muerte isquémica de una parte del músculo cardíaco debido a la obstrucción de una o más arterias coronarias. El diagnóstico debe ser realizado por un Especialista y basarse en la medición seriada de biomarcadores cardíacos en la sangre que muestren un patrón y un nivel consistentes con un diagnóstico de Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) y en cualquier otro criterio de diagnóstico que cumpla con la definición clínicamente aceptada de ataque cardíaco.

Derrame Cerebral
El Derrame Cerebral se define como un incidente cerebrovascular agudo que provoca la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal o a un infarto cerebral por embolia o trombosis en un vaso intracraneal. Este evento debe provocar un deterioro neurológico funcional con signos neurológicos anormales objetivos en un examen físico realizado por un Especialista, y el diagnóstico también debe estar respaldado por hallazgos en imágenes cerebrales y ser consistente con el diagnóstico de un nuevo Derrame Cerebral.

Enfermedad de las Arterias Coronarias que Requiere Cirugía o Angioplastia
La Enfermedad de las Arterias Coronarias que Requiere Cirugía o Angioplastia se define como una enfermedad de las arterias coronarias con obstrucciones en una o más arterias coronarias, demostrada mediante angiografía coronaria por cateterismo cardíaco, que requiere que el Asegurado se someta a una cirugía de bypass de arteria coronaria o a una angioplastia coronaria. El Asegurado debe requerir una intervención quirúrgica de bypass coronario o angioplastia en la(s) arteria(s) coronaria(s) conforme a las pautas de cirugía cardiovascular clínicamente aceptadas, ya sea por beneficio pronóstico o por enfermedad sintomática de las arterias coronarias que no pueda controlarse adecuadamente con una terapia médica óptima.

Insuficiencia de Órganos Principales
La Insuficiencia de Órganos Principales se define como la falla o pérdida permanente de uno o más de los siguientes órganos: corazón, hígado, pulmón o páncreas, que requiera un trasplante quirúrgico de un órgano humano. Un Especialista debe determinar que el trasplante de uno o de una combinación de los órganos mencionados es necesario para tratar la insuficiencia orgánica del Asegurado, y el Asegurado debe estar participando activamente en un tratamiento con el objetivo de un eventual trasplante. El requisito del objetivo de trasplante no se aplica si el Asegurado está demasiado enfermo para someterse a la cirugía de trasplante, pero la cirugía de otro modo se recomendaría debido a la insuficiencia orgánica.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Ocupacional
La Infección Ocupacional por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se define como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) resultante de una Lesión accidental que expuso al Asegurado a sangre o fluidos corporales contaminados con VIH durante el desempeño de las funciones de la ocupación habitual del Asegurado. El Accidente que causó la infección por VIH debe haber ocurrido en los Estados Unidos o sus territorios y mientras estaba cubierto por la Póliza. Además, el Asegurado debe informar el Accidente al empleador dentro de las 24 horas siguientes al Accidente. Deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

a. Se debe realizar un análisis de sangre que muestre la ausencia de VIH o de anticuerpos contra el VIH dentro de los 14 días siguientes al Accidente.

b. La seroconversión debe comprobarse con otra prueba de VIH dentro de los 180 días siguientes al Accidente, que indique la presencia de infección por VIH.

Insuficiencia Renal Terminal (Falla Renal)
La Insuficiencia Renal Terminal (Falla Renal) se define como la falla total e irreversible de ambos riñones que requiere diálisis renal regular permanente o un trasplante de riñón. Un Especialista debe confirmar que es necesario cualquiera de los siguientes: el Asegurado debe someterse a diálisis renal regular al menos una vez por semana; o el Asegurado necesita un trasplante de riñón.

Pérdida de la Vista
La Pérdida de la Vista se define como la pérdida permanente e irreversible de la vista en ambos ojos. La Pérdida de la Vista es una Enfermedad Crítica Cubierta cuando se debe a un Accidente o a cataratas, glaucoma, degeneración macular o una enfermedad similar. La Pérdida de la Vista también es una Enfermedad Crítica Cubierta si se debe a un trastorno congénito en un hijo recién nacido cubierto. Un Especialista debe confirmar clínicamente que la agudeza visual corregida del Asegurado es de 20/200 o menos, o que el campo visual es inferior a 20 grados en ambos ojos.

Pérdida del Habla
La Pérdida del Habla se define como la pérdida permanente de la capacidad de hablar, al punto de que el Asegurado resulta ininteligible para otra persona con audición normal. La Pérdida del Habla es una Enfermedad Crítica Cubierta cuando se debe a un Accidente o al síndrome de Guillain Barré, la corea de la enfermedad de Huntington o una enfermedad similar. La Pérdida del Habla también es una Enfermedad Crítica Cubierta si se debe a un trastorno congénito en un hijo recién nacido cubierto. El Asegurado debe poder demostrar que la pérdida ha sido continua durante al menos 180 días. El diagnóstico de la pérdida debe ser realizado por un Especialista.

Pérdida de la Audición
La Pérdida de la Audición se define como la reducción permanente de la audición en ambos oídos hasta el punto de que el Asegurado no puede oír sonidos de 90 decibeles o menos. La Pérdida de la Audición es una Enfermedad Crítica Cubierta cuando se debe a un Accidente o a meningitis bacteriana, la enfermedad de Ménière o una enfermedad similar. La Pérdida de la Audición también es una Enfermedad Crítica Cubierta si se debe a un trastorno congénito en un hijo recién nacido cubierto. El diagnóstico debe ser realizado por un Especialista mediante pruebas audiométricas.

Parálisis
La Parálisis se define como el daño al cerebro o a la médula espinal causado por un [Accidente o] Enfermedad que resulta en cuadriplejía, paraplejía, hemiplejía o diplejía. Debe existir una pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades presente durante un período continuo de al menos 180 días.

Quemaduras Graves
Las Quemaduras Graves se definen como haber sufrido quemaduras de tercer grado. Las quemaduras de tercer grado deben cubrir al menos el 20% de la superficie corporal del asegurado.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y otras Enfermedades de las Neuronas Motoras
La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y otras Enfermedades de las Neuronas Motoras se definen como un diagnóstico definitivo, realizado por un Especialista, de atrofia muscular espinal, parálisis bulbar progresiva, esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig) o esclerosis lateral primaria. Debe existir una degeneración progresiva de los tractos corticoespinales y de las células del asta anterior o de las neuronas eferentes bulbares. Debe existir un deterioro neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora con debilidad muscular que haya persistido durante un período continuo de al menos 90 días.

Enfermedad de Alzheimer Avanzada

La Enfermedad de Alzheimer Avanzada se define como demencia causada por la Enfermedad de Alzheimer, en la que existe un deterioro progresivo y permanente de la memoria y de la capacidad intelectual. El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer debe ser confirmado por un Especialista y estar respaldado por pruebas cognitivas estandarizadas clínicamente aceptadas y un examen neurológico. Debe existir Enfermedad de Alzheimer Avanzada con una reducción significativa del funcionamiento mental y social, en la que el Asegurado no pueda realizar de forma independiente al menos 2 de las siguientes 6 "Actividades de la Vida Diaria" durante un período continuo de al menos 180 días:
Las Actividades de la Vida Diaria se definen como:

a. Bañarse: lavarse con esponja o en la tina o la ducha, incluida la tarea de entrar o salir de la tina o la ducha.
b. Vestirse: ponerse y quitarse todas las prendas de vestir y cualquier aparato ortopédico, sujetador o extremidad artificial necesarios;
c. Comer: alimentarse llevando la comida al cuerpo desde un recipiente (como un plato, una taza o una mesa), o por sonda o vía intravenosa.
d. Trasladarse: acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla de ruedas.
e. Ir al baño: ir y volver del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro y realizar la higiene personal correspondiente.
f. Continencia: la capacidad de mantener el control de la función intestinal y vesical o, cuando no se puede mantener dicho control, la capacidad de realizar la higiene personal correspondiente (incluido el cuidado de un catéter o de una bolsa de colostomía).

Enfermedad de Parkinson

La Enfermedad de Parkinson se define como un diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson idiopática. Debe existir temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de la marcha compatibles con el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, según lo evalúe un Especialista.

Esclerosis Múltiple

La Esclerosis Múltiple se define como un diagnóstico de Esclerosis Múltiple definitiva realizado por un Especialista. Deben estar presentes los dos (2) criterios siguientes:

1. Debe existir un deterioro neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora o sensorial, que debe haber persistido durante un período continuo de al menos 180 días.

2. El diagnóstico también debe confirmarse con estudios neurológicos objetivos, como punción lumbar, potenciales evocados visuales, potenciales evocados auditivos y evidencia por resonancia magnética (MRI) de lesiones del sistema nervioso central.

Coma

El Coma se define como un estado de inconsciencia profunda del cual un Asegurado no puede ser despertado mediante estímulos externos o internos, según lo determine un Médico, como resultado de un [Accidente] [o] Enfermedad.
Este diagnóstico debe estar respaldado por evidencia de todo lo siguiente:
a. Ausencia de respuesta a estímulos externos durante al menos 96 horas.
b. Son necesarias medidas de soporte vital para mantener la vida.
c. Daño cerebral que resulte en un déficit neurológico permanente, el cual debe evaluarse al menos 30 días después del inicio del coma.

Tumor Cerebral Benigno

El Tumor Cerebral Benigno se define como un tumor no maligno ubicado en la bóveda craneal y limitado al cerebro, las meninges, los nervios craneales o la glándula pituitaria. El Tumor Cerebral Benigno debe requerir cirugía o tratamiento con radiación, o causar déficits neurológicos objetivos irreversibles.

Anomalía Estructural Congénita Mayor

La Anomalía Estructural Congénita Mayor se define como una malformación estructural que se origina en el útero, que tiene consecuencias médicas, sociales o estéticas significativas para la persona afectada y que requiere tratamiento médico. Algunos ejemplos de Anomalías Estructurales Congénitas Mayores incluyen, entre otros, cardiopatía congénita compleja, espina bífida (excepto la oculta), labio leporino/ paladar hendido, anencefalia, onfalocele y pie zambo. Una Anomalía Estructural Congénita Mayor debe ser diagnosticada y nombrada por un Especialista de acuerdo con criterios de diagnóstico clínicamente aceptados. El Especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Trastorno Metabólico Congénito

El Trastorno Metabólico Congénito se define como un trastorno genético o hereditario resultante de un defecto enzimático en las vías bioquímicas y metabólicas que afecta el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, o de una función organelar deficiente, que se presenta como afecciones médicas complicadas que involucran varios sistemas de órganos humanos. Algunos ejemplos de Trastornos Metabólicos Congénitos incluyen, entre otros, deficiencia de fenilalanina hidroxilasa, Niemann-Pick, Tay Sachs, Enfermedad de Gaucher, fenilcetonuria y fibrosis quística. Un Trastorno Metabólico Congénito debe ser diagnosticado y nombrado por un Especialista de acuerdo con criterios de diagnóstico clínicamente aceptados. El Especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Anomalía Cromosómica Congénita

La Anomalía Cromosómica Congénita se define como una anomalía congénita presente al nacer en el número o la estructura de los cromosomas, distinta de las que causan Trastornos Metabólicos Congénitos, que da lugar a afecciones que requieren tratamiento médico. Algunos ejemplos de Otras Anomalías Cromosómicas incluyen, entre otros, síndrome de Down, síndrome de DiGeorge, síndrome de Turner, enfermedad de células falciformes, acondroplasia, X frágil, hemofilia, neurofibromatosis, distrofia muscular, Prader Willi y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD). El diagnóstico de una Anomalía Cromosómica Congénita debe ser realizado y nombrado por un Especialista de acuerdo con criterios de diagnóstico clínicamente aceptados. El Especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Afección Médica Crónica Comúnmente Diagnosticada en la Infancia

La Afección Médica Crónica Comúnmente Diagnosticada en la Infancia se define como una afección específica que requiere tratamiento médico continuo y que se espera que persista durante al menos cinco años después del diagnóstico. Algunos ejemplos de Afecciones Médicas Crónicas Comúnmente Diagnosticadas en la Infancia incluyen, entre otros, epilepsia, deficiencia de la hormona de crecimiento humano, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, escoliosis, asma y Diabetes Tipo 1. La Afección Médica Crónica Comúnmente Diagnosticada en la Infancia debe ser diagnosticada por un Especialista con base en los criterios clínicamente aceptados que correspondan a la afección específica. La afección debe ser grave, lo que significa que cumple al menos uno de los siguientes criterios:

a. Una afección que requiere tratamiento médico durante un mínimo de 12 meses consecutivos, en la que el tratamiento incluye medicamentos recetados orales, inhalados, inyectados o por infusión tomados de forma regular, excluyendo la profilaxis con antibióticos.

b. Una afección que requiere terapia física, del habla u ocupacional durante un mínimo de 12 meses consecutivos.

c. Una afección que requiere aparatos ortopédicos u otro tratamiento no quirúrgico recetado y continuo por un mínimo de 12 meses consecutivos.

d. Asma que requiere el uso diario de corticosteroides inhalados y al menos otro medicamento inhalado de acción prolongada durante un mínimo de 12 meses consecutivos.

El Especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Beneficio por Exámenes de Detección

El Beneficio por Exámenes de Detección se pagará una vez al año, por cada Asegurado cubierto, cuando se le realicen uno o más de los siguientes exámenes, radiografías o pruebas de laboratorio durante un Año Calendario. El Beneficio por Exámenes de Detección se paga una vez por cada Asegurado cubierto durante un Año Calendario, independientemente del número de exámenes, radiografías o pruebas de laboratorio realizados durante ese año.

1. Pruebas de Detección de Cáncer:
(a) Biopsia
(b) Prueba de médula ósea
(c) Ultrasonido de mama
(d) CA 125 (análisis de sangre para cáncer de ovario)
(e) CA 15-3 (análisis de sangre para cáncer de mama)
(f) CEA (análisis de sangre para cáncer de colon)
(g) Colonoscopia
(h) Sigmoidoscopia flexible
(i) Prueba de sangre oculta en heces
(j) Mamografía
(k) Prueba de Papanicolaou
(l) PSA (pruebas de antígeno prostático específico)
(m) Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para mieloma)
(n) Termografía
2. Pruebas de detección de Enfermedades Cardíacas
(a) Análisis de sangre para triglicéridos
(b) Radiografía de tórax
(c) Prueba de colesterol sérico para determinar el nivel de HDL/LDL
(d) Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
3. Prueba de detección de Enfermedades de Órganos
(a) Prueba de glucosa en sangre en ayunas

Continuación de la Cobertura después de la Terminación:

Permite que la cobertura continúe por un período ilimitado después de la terminación del empleo o la pérdida de la elegibilidad. Revise el certificado de cobertura para conocer todos los detalles de esta disposición.

Si existe algún conflicto entre esta información y la póliza emitida, prevalecerán los términos de la póliza.

Tarifas para:
12379000 - The Tarrant County Hospital District dba JPS Health Network

Enfermedades Críticas

Monto(s) del Beneficio para el Empleado
Beneficio de Enfermedades Críticas para el Empleado: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000
Beneficio de Emisión Garantizada: Hasta $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000
Monto(s) del Beneficio para Dependientes
Beneficio para el Cónyuge: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, 25,000 o $30,000, Beneficio de Emisión Garantizada: $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000, Beneficio para Hijos: $1,250, $2,500, $3,750, $5,000, $6,250 o $7,500, Beneficio de Emisión Garantizada: $1,250, $2,500, $3,750, $5,000, $6,250 o $7,500 NOTA: El monto del beneficio del dependiente no puede exceder el 100% del monto del beneficio del empleado.

El costo depende de la cantidad de cobertura que se seleccione y de la edad del asegurado a la fecha de entrada en vigor. Debido a que se aplican tarifas según la edad alcanzada, las primas pueden aumentar por cambios de edad al inicio del siguiente año de la póliza.

Tarifas de Prima Mensual por cada $1,000 de Beneficio--Uni-Tobacco

	Edad Alcanzada del Empleado	Por $1,000
Solo Empleado	24 años o menos	$0.33
	25-29	$0.36
	30-34	$0.43
	35-39	$0.55
	40-44	$0.78
	45-49	$1.07
	50-54	$1.49
	55-59	$2.05
	60-64	$2.85
	65-69	$4.01
	70-74	$5.09
	75-79	$6.25
	80-84	$7.37
	85 años o más	$8.07

	Edad Alcanzada del Empleado	Por $1,000
Solo Cónyuge	24 años o menos	$0.33
	25-29	$0.36
	30-34	$0.43
	35-39	$0.55
	40-44	$0.78
	45-49	$1.07
	50-54	$1.49
	55-59	$2.05
	60-64	$2.85
	65-69	$4.01
	70-74	$5.09
	75-79	$6.25
	80-84	$7.37
	85 años o más	$8.07

	Edad Alcanzada del Empleado	Por $1,000
Solo Hijos	Hijos --por cada $1,000 de Beneficio	$0.10

Las tarifas incluyen el beneficio por Exámenes de Detección para el Empleado, el Cónyuge y los Hijos.

Para Calcular: Costo mensual x ___X____ / 1,000 x 12 /__Y_
(Y es 52 para nómina semanal; 26 para quincenal (cada dos semanas); 24 para bimensual (dos veces al mes))
(X es $5,000, $10,000, $15,000, $20,000, $25,000 o $30,000, según el Monto del Beneficio que elija)

Las pólizas de seguro de Enfermedades Críticas están diseñadas para pagar beneficios por un monto fijo en dólares, seleccionado previamente, por afecciones de enfermedades críticas específicas. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, reducciones y disposiciones de terminación de beneficios. Las pólizas no cumplen con los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act). Las pólizas de Enfermedades Críticas están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA 98004. El número de formulario de la póliza base es SBC-00535 en la mayoría de los estados y no está disponible en todos los estados de EE. UU. ni en ningún territorio de EE. UU.

Titular de la Póliza: The Tarrant County Hospital District dba JPS Health Network
Estado de Emisión de la Póliza: TX
Plan de Enfermedades Críticas
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Exclusiones

No pagaremos beneficios por ninguna Enfermedad, (Lesión) o padecimiento que no esté específicamente nombrado o descrito en la sección de Beneficios de la Póliza. (El texto entre paréntesis no aplica (N/A) a las pólizas emitidas en IL o NH, ni a los residentes de NH[1].)(Toda la 1.ª oración no aplica (N/A) a las pólizas emitidas en SD ni a los residentes de SD[1].) Además, no se pagará ningún beneficio por una enfermedad crítica que sea:

a. Diagnosticada después de que termine la cobertura del Asegurado, excepto según lo dispuesto en la Póliza;

b. Diagnosticada más de una vez mientras esté cubierto por la Póliza, excepto según lo dispuesto en cualquier Beneficio por Recurrencia incluido;

c. No diagnosticada por un Médico, Especialista o profesional médico calificado, según se especifica en el certificado;

1. Texto alternativo para pólizas emitidas solo en TX: Diagnosticada por un Médico o Especialista que:
   i. Resida habitualmente en Su hogar.
   ii. Sea miembro de Su familia inmediata.
   iii. Esté empleado por Su Grupo Empleador o afiliado a él.

d. Diagnosticada antes de que el Asegurado esté cubierto por la Póliza (N/A para pólizas emitidas en MD ni para residentes de MD [1]);

1. (Para pólizas emitidas solo en TX, agregar: “, sujeto a la limitación por afección preexistente”)

e. Diagnosticada durante cualquier Período de Espera del Beneficio (N/A para pólizas emitidas en MD, MN, NJ, ni para residentes de MD [1] o MN[1]);

f. Diagnosticada por un médico fuera de los Estados Unidos o sus territorios:

1. (Para pólizas emitidas solo en TX, agregar: “a menos que el diagnóstico pueda ser confirmado por un médico con licencia y que ejerza en los Estados Unidos”);

g. (Contribuida por o) causada por: otra Enfermedad Crítica Cubierta, una complicación de otra enfermedad crítica o el tratamiento de otra enfermedad crítica (por la cual se le haya pagado un beneficio al Asegurado conforme a la Póliza)”;

1. (La 1.ª sección entre paréntesis no aplica (N/A) a pólizas emitidas en IL o NH, ni a residentes de NH [1])
2. (La 2.ª sección entre paréntesis no aplica (N/A) a pólizas emitidas en CA ni a residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA*[1])

h. Causada (total o parcialmente, directa o indirectamente) por (La sección entre paréntesis no aplica (N/A) a pólizas emitidas en CA ni a residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA* [1]) (Texto alternativo utilizado para pólizas emitidas en IL: “Causada directamente por”):

1. Servicio activo de tiempo completo como miembro de las fuerzas armadas (de tierra, mar o aire) de cualquier país o autoridad internacional (N/A para pólizas emitidas en DE);

2. Guerra declarada o no declarada, o acto de guerra;
   i. (Para pólizas emitidas en OK y residentes de OK[1], agregar: “mientras preste servicio en el ejército o en una unidad auxiliar del mismo”)
   ii. (Para pólizas emitidas en NC y residentes de NC[1], agregar: “NOTA: la guerra no declarada no incluye actos de terrorismo.”)

3. Cometer o intentar cometer (una agresión o) un delito grave. (N/A para pólizas emitidas en ID, MD, MI, MN, NV, NH ni para residentes de ID[1], MD[1], MN1 y NH[1]);
   i. (“una agresión o” no aplica (N/A) a pólizas emitidas en SD ni a residentes de SD[1],
   ii. Texto alternativo para pólizas emitidas en:

1 Independientemente de dónde se emita la póliza.
2 El grupo puede seleccionar estos beneficios para que cubran la afección solo si se debe a una enfermedad, o pueden incluirse para que también cubran la afección cuando se deba a un accidente o lesión (donde la ley lo permita). Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles del plan.
*Consulte con su empleador si desea más información sobre el número de empleados en ciertos estados.

Este documento tiene como fin ser un resumen de la información sobre exclusiones y variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener todos los detalles, consulte el certificado de cobertura que se entregará a quienes se inscriban. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerá la póliza.

A. CA y residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA* [1].: “Cometer o intentar cometer un delito grave o una ocupación ilegal.”

B. Solo MN y residentes de MN: “Participar en cualquier actividad por la cual el asegurado haya sido condenado por un delito grave.”

C. Solo NV: “Cometer o intentar cometer una agresión o un delito grave por el cual el Asegurado haya sido declarado culpable en un tribunal de justicia. (Esta exclusión no aplica si Usted es víctima de violencia doméstica)”;

4. Incitar o participar en cualquier forma de violencia pública (N/A para pólizas emitidas en MD o NH, ni para residentes de MD[1] o NH[1]);

i. Texto alternativo para pólizas emitidas en:

A. Solo NV: Incitar o participar en cualquier forma de violencia pública por la cual el Asegurado haya sido declarado culpable en un tribunal de justicia.

B. Solo MI: “Incitar, cometer, intentar cometer o participar en cualquier forma de actividad criminal intencional que alcance el nivel de delito menor o delito grave.”

C. Solo ID o residentes de ID[1]: “Participación voluntaria en un delito grave”

ii. Solo NH o residentes de NH[1]: “Participación voluntaria en un delito grave, disturbio o insurrección.”

5. Lesión autoinfligida intencionalmente (N/A para pólizas emitidas en IL y MI);

i. Texto alternativo para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA*[1], agregar: “incluido un suicidio estando en uso de sus facultades mentales”.

6. Estar intoxicado o bajo la influencia del alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis), a menos que haya sido recetado o administrado por un médico (N/A para pólizas emitidas en CA, CO, ID, MD, MN, NH, NJ, OR, SD, VT, ni para residentes de ID[1], MD[1], MN[1], NH[1], SD1 o VT[1], ni para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA* [1]);

i. Para pólizas emitidas en NC y VA, se omite la palabra “ilegales”.

ii. Para pólizas emitidas en AR e IL, y para residentes de AR[1], Intoxicado significa lo que esté definido y determinado por las leyes del estado donde ocurrió la pérdida o la causa de la pérdida.

iii. Texto alternativo para pólizas emitidas en:

A. NJ: “Estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico (incluida una sobredosis), a menos que haya sido recetado o administrado por un médico”

B. CO: “Estar intoxicado o bajo la influencia del alcohol, o el uso de una sustancia controlada según se define en el Título II de la Ley Integral de Prevención y Control del Abuso de Drogas de 1970 (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970), según sea enmendada ahora y en el futuro, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis), a menos que haya sido recetado o administrado por un médico.”

C. MI: “Estar intoxicado o bajo la influencia del alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) mientras el asegurado comete o intenta cometer un delito grave, o mientras participa en una ocupación ilegal.”

D. CA o residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA* [1]: “Que el Asegurado esté intoxicado o bajo la influencia del alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) o sustancia controlada, a menos que haya sido recetada o que la sustancia controlada se administre por indicación de un Médico.”

E. MN o residentes de MN[1]: “Cuando sea condenado por estar intoxicado o bajo la influencia del alcohol mientras conduce un vehículo motorizado, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis), a menos que haya sido recetado o administrado por un médico.”

F. NH y residentes de NH[1]: “Consumo voluntario de drogas no recetadas”

7. Alcoholismo o drogadicción. (N/A para pólizas emitidas en CA, MD, NH, NJ, OR, SD, VT, ni para residentes de MD [1], NH[1], SD[1] o VT[1], ni para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA* [1].)

1 Independientemente de dónde se emita la póliza.

2 El grupo puede seleccionar estos beneficios para que cubran la afección solo si se debe a una enfermedad, o pueden incluirse para que también cubran la afección cuando se deba a un accidente o lesión (donde la ley lo permita). Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles del plan.

*Consulte con su empleador si desea más información sobre el número de empleados en ciertos estados.

Este documento tiene como fin ser un resumen de la información sobre exclusiones y variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener todos los detalles, consulte el certificado de cobertura que se entregará a quienes se inscriban. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerá la póliza.

Variaciones del Plan Específicas por Estado

Si los beneficios a continuación están incluidos en su plan, es posible que apliquen los siguientes requisitos estatales, según el estado donde usted vive o el estado de emisión de la póliza (como se indica arriba). Además de cualquier requisito estatal, consulte el material de inscripción de su plan para determinar si estos beneficios están disponibles.

Cáncer Invasivo: no se pagarán beneficios por tumores o pólipos premalignos, Cáncer de Piel No Melanoma ni Cáncer Menor (In Situ), excepto el cáncer de mama, que consideramos un diagnóstico de Cáncer Invasivo. Este beneficio siempre está incluido en las pólizas emitidas en IA, MO, MT y WA, y para residentes de MT[1] y WA[1]. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en NY*[1], si el Cáncer Invasivo está incluido en el plan, entonces el Cáncer Menor (In Situ) y el Cáncer de Piel No Melanoma también están siempre incluidos.

Cáncer Menor (In Situ): no se pagarán beneficios por cáncer de piel distinto del melanoma maligno invasivo de la dermis o más profundo, ni por neoplasias malignas de la piel que se hayan vuelto metastásicas, lesiones premalignas (como la neoplasia intraepitelial), Cáncer de Piel No Melanoma, Cáncer Invasivo, ni tumores o pólipos benignos. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en NY*[1], si el Cáncer Menor (In Situ) está incluido en el plan, entonces el Cáncer Invasivo y el Cáncer de Piel No Melanoma también están siempre incluidos.

Cáncer No Invasivo (Disponible para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en CA*[1]): no se pagarán beneficios por ningún Cáncer de Piel No Melanoma, ningún Cáncer Invasivo, lesiones premalignas (como la neoplasia intraepitelial), ninguno de los tumores descritos histológicamente como benignos, no malignos, premalignos, limítrofes, de bajo potencial maligno, displasia (todos los grados) o neoplasia intraepitelial, tumores o pólipos benignos, ni tumores o pólipos premalignos.

Cáncer de Piel No Melanoma: no se pagarán beneficios por tumores descritos histológicamente como benignos, no malignos, premalignos, limítrofes, de bajo potencial maligno, displasia (todos los grados) o neoplasia intraepitelial, ni por cáncer de piel tipo Melanoma. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NJ. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo resida en NY*[1], si el Cáncer de Piel No Melanoma Cáncer Menor (In Situ) está incluido en el plan, entonces el Cáncer Invasivo y el Cáncer Menor (In Situ) también están siempre incluidos.

Ataque Cardíaco: no se pagarán beneficios por un ataque cardíaco establecido o antiguo detectado mediante imágenes o electrocardiograma, Paro Cardíaco Súbito, Angina, Miocardiopatía, Miocarditis ni otras formas de síndromes coronarios agudos. Este beneficio siempre está incluido en las pólizas emitidas en NH y para residentes de NH[1].

Paro Cardíaco Súbito: no se pagarán beneficios por el mismo evento por el cual sea pagadero un beneficio de Enfermedad Crítica por Ataque Cardíaco. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Enfermedad de las Arterias Coronarias que Requiere Cirugía o Angioplastia: no se pagarán beneficios por afecciones de las arterias coronarias que puedan tratarse con procedimientos de intervención no quirúrgicos, incluidos, entre otros, la angiografía coronaria de diagnóstico. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID o NJ, ni para residentes de ID[1].

Enfermedad Grave de las Arterias Coronarias (Para pólizas emitidas en ID y NJ, y solo para residentes de ID1): no se pagarán beneficios por enfermedad de las arterias coronarias con una oclusión transversal de al menos el 75% de una o más arterias coronarias principales (izquierda, tronco principal, descendente anterior izquierda, circunfleja o arteria coronaria derecha).

Derrame Cerebral: no se pagarán beneficios por Ataques Isquémicos Transitorios (AIT), daño cerebral debido a un Accidente, Lesión o hipoxia, enfermedad vascular que afecte el ojo, el nervio óptico o las funciones vestibulares, ni por un derrame cerebral silencioso asintomático detectado mediante imágenes.

Ataque Isquémico Transitorio (AIT): los beneficios se pagan una vez por Asegurado de por vida. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY, NJ o WA.

Transient Ischemic Attack (TIA) benefits are payable once per Insured per lifetime. This benefit is not available for policies issued in NY, NJ or WA.

1 Independientemente de dónde se emita la póliza.
2 El grupo puede seleccionar estos beneficios para que cubran la afección solo si se debe a una enfermedad, o pueden incluirse para que también cubran la afección cuando se deba a un accidente o lesión (donde la ley lo permita). Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles del plan.
*Consulte con su empleador si desea más información sobre el número de empleados en ciertos estados.

Este documento tiene como fin ser un resumen de la información sobre exclusiones y variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener todos los detalles, consulte el certificado de cobertura que se entregará a quienes se inscriban. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerá la póliza.

Insuficiencia de Órganos Principales: no se pagarán beneficios por el trasplante de ningún órgano distinto del corazón, hígado, pulmón o páncreas, a menos que se nombre específicamente en el certificado. Las partes de órganos, tejidos o células no están incluidas en esta definición. Si a un Asegurado se le diagnostica la necesidad de trasplantes de múltiples órganos, solo se pagará un beneficio. Para pólizas emitidas en:

a. ID y NJ, y residentes de ID[1] y NJ[1], la Insuficiencia de Órganos Principales también cubre el trasplante de células madre/médula ósea.

b. NY y cuando la mayoría del grupo resida en NY[1], la Insuficiencia de Órganos Principales también cubre el trasplante de riñón/renal y de médula ósea.

Enfermedad Renal Terminal: no se pagarán beneficios por insuficiencia renal aguda reversible que solo requiera diálisis renal temporal. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Pérdida de la Vista[2]: no se pagarán beneficios si la ceguera puede corregirse con dispositivos de ayuda o procedimientos quirúrgicos, ni por la pérdida de la vista causada por una Afección Infantil por la cual se haya pagado un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección solo está cubierta si la pérdida de la vista se debe a una enfermedad.

Pérdida del Habla[2]: no se pagarán beneficios por Pérdida del Habla resultante de un Derrame Cerebral o Cáncer Invasivo, por todas las causas psiquiátricas, ni por la Pérdida del habla causada por una Afección Infantil por la cual se haya pagado un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección solo está cubierta si la pérdida del habla se debe a una enfermedad.

Pérdida de la Audición[2]: no se pagarán beneficios por pérdida auditiva que pueda corregirse con audífonos o cirugía, ni por pérdida auditiva causada por una Afección Infantil por la cual se haya pagado un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección solo está cubierta si la pérdida de la audición se debe a una enfermedad.

Parálisis[2]: no se pagarán beneficios por parálisis resultante de un accidente o lesión para pólizas emitidas en NJ. El beneficio por Parálisis no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección solo está cubierta si la parálisis se debe a una enfermedad.

Quemaduras Graves: no se pagarán beneficios cuando el grado del daño por quemadura se clasifique como de primer o segundo grado. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y otras Enfermedades de las Neuronas Motoras: Para pólizas emitidas en NY, solo está cubierta la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). No se pagarán beneficios por otras enfermedades de las neuronas motoras para pólizas emitidas en NY.

Enfermedad de Alzheimer y/o Demencia: no se pagarán beneficios por otras causas de demencia, como enfermedades psiquiátricas, daño cerebral relacionado con el alcohol u otras drogas, Derrame Cerebral y demencia vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington o Coma. Los beneficios por Demencia no están disponibles para pólizas emitidas en NY. Para pólizas emitidas en MD, no aplica la exclusión relativa al Alzheimer y/o la Demencia causados por daño cerebral relacionado con el alcohol y las drogas. En MI, tampoco se pagarán beneficios si el Alzheimer y/o la Demencia son causados por un accidente o lesión.

Coma[2]: no se pagarán beneficios por coma resultante de un Accidente o Lesión para pólizas emitidas en MI y NH. El beneficio por Coma no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección solo está cubierta si el coma se debe a una enfermedad.

Enfermedad de Parkinson: no se pagarán beneficios por causas de Parkinsonismo inducidas por medicamentos o tóxicas. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Esclerosis Múltiple: no se pagarán beneficios para pólizas emitidas en NJ o NY, ya que este beneficio no está disponible para la venta en estos dos estados.

1 Independientemente de dónde se emita la póliza.

2 El grupo puede seleccionar estos beneficios para que cubran la afección solo si se debe a una enfermedad, o pueden incluirse para que también cubran la afección cuando se deba a un accidente o lesión (donde la ley lo permita). Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles del plan.

*Consulte con su empleador si desea más información sobre el número de empleados en ciertos estados.

Este documento tiene como fin ser un resumen de la información sobre exclusiones y variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener todos los detalles, consulte el certificado de cobertura que se entregará a quienes se inscriban. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerá la póliza.

VIH Ocupacional: no se pagarán beneficios por VIH adquirido por transmisión sexual, por uso de drogas intravenosas (IV) o por medios que se determine que no constituyen un accidente. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CA, NH, NJ o NY. Para pólizas emitidas en MD o para residentes de MD[1], no aplica la exclusión relativa al VIH adquirido por uso de drogas intravenosas (IV). Para pólizas emitidas en MI, esta exclusión se modifica de manera que la palabra "accidente" se reemplaza por "exposición relacionada con el trabajo".

Trasplante de Células Madre (Médula Ósea): no se pagarán beneficios por el trasplante de ningún otro órgano, partes de órganos, tejidos o células que no se nombren en el certificado.

a. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NJ o en NY. Sin embargo, para pólizas emitidas en NY, o cuando la mayoría de los empleados resida en NY[*1], el beneficio por Insuficiencia de Órganos Principales incluye la insuficiencia de riñón/renal y la insuficiencia de la médula ósea.

b. Este beneficio no está disponible para pólizas vendidas en NJ o ID, ni para residentes de ID; sin embargo, los beneficios por trasplante de Células Madre/Médula Ósea están incluidos dentro del beneficio por Insuficiencia de Órganos Principales para pólizas vendidas en NJ o ID, y o para residentes de ID [1].

Divulgaciones de Beneficios Específicas por Estado

Si los beneficios a continuación están incluidos en su plan, es posible que apliquen los siguientes requisitos estatales, según el estado donde usted vive o el estado de emisión de la póliza (como se indica arriba). Además de cualquier requisito estatal, consulte el material de inscripción de su plan para determinar si estos beneficios están disponibles.

Portabilidad

No disponible para pólizas emitidas en CO, ID, KY, LA, MI, MN, NH, NV, OR, UT, VT, WA o WV, ni para residentes de ID1, LA [1], MN[1], NH[1], VT[1], WA[1] o WV[1]. La Portabilidad siempre está incluida en las pólizas emitidas en CT o cuando la mayoría del grupo resida en CT [*1].

Beneficio por Exámenes de Detección

No disponible para pólizas emitidas en CO, MI o MT. El Beneficio por Exámenes de Detección siempre está incluido en las pólizas emitidas en NE.

La Póliza es una póliza de seguro de enfermedades críticas. Ofrece un beneficio de pago fijo por las afecciones de enfermedades críticas especificadas en la Póliza. No paga beneficios por ninguna otra pérdida causada por Enfermedad o Lesión.

1 Independientemente de dónde se emita la póliza.

2 El grupo puede seleccionar estos beneficios para que cubran la afección solo si se debe a una enfermedad, o pueden incluirse para que también cubran la afección cuando se deba a un accidente o lesión (donde la ley lo permita). Consulte los materiales de inscripción de su plan para conocer los detalles del plan.

*Consulte con su empleador si desea más información sobre el número de empleados en ciertos estados.

Este documento tiene como fin ser un resumen de la información sobre exclusiones y variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener todos los detalles, consulte el certificado de cobertura que se entregará a quienes se inscriban. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerá la póliza.