

# SAN ANGELO ISD 2024-2025 GUÍA DE BENEFICIOS



SAN ANGELO ISD



Ty Stovall, Account Manager  
First Financial Group of America  
[benefits.ffga.com/sanangeloisd](https://benefits.ffga.com/sanangeloisd)

Wesley Smith, Coordinator of Financial Services  
(325) 947-3838 x789  
[Wesley.smith@saisd.org](mailto:Wesley.smith@saisd.org)

## AQUÍ ENCONTRARÁS TODO LO QUE NECESITAS SABER SOBRE LOS BENEFICIOS

San Angelo ISD y First Financial están felices de poder ofrecerte un sitio web personalizado con información sobre tus beneficios. Visita el Centro de Beneficios para Empleados para ver las opciones de beneficios actuales para tu empleador y para encontrar reclamaciones, números de teléfono importantes e información de inscripción.

No es necesario registrarse para acceder al sitio. Simplemente ingresa la URL que aparece a continuación en tu navegador y entrarás al Centro de Beneficios para Empleados.

<https://ffbenefits.ffga.com/>



# CÓMO INSCRIBIRSE

## INSTRUCCIONES DEL CENTRO DE ASISTENCIA PARA LA INSCRIPCIÓN

Llama al 855-765-4473 y sigue las instrucciones para que te comuniquen con tu oficina local de First Financial. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora local). Tienes la opción de dejar un mensaje de voz para que un representante te devuelva la llamada. Te llamarán por teléfono tan pronto como sea posible o al siguiente día hábil si se recibe después del horario de atención.

## INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

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

### INICIAR SESIÓN

- Inicio de sesión: Tu ID de empleado o número de seguro social (sin guiones)
- PIN (solo la primera vez que se inicia sesión): Los últimos cuatro dígitos de tu número de seguro social y los últimos dos dígitos del año en que naciste (seis dígitos en total)
- Nuevo PIN: La primera vez que inicies sesión se te pedirá ingresar un nuevo PIN. Toma nota de tu nuevo PIN porque lo usarás a partir de ese momento.

### VER LOS BENEFICIOS ACTUALES

Después de iniciar sesión, ingresarás a la página de bienvenida. Tus beneficios y deducciones de prima actuales se listarán en esta pantalla.

### VER/AGREGAR DEPENDIENTES

Haz clic en Siguiendo para ver tus dependientes. Es muy importante asegurarse de que los números de seguro social y las fechas de nacimiento que se muestran sean correctos. Si planeas agregar dependientes, necesitarás ingresar su número de seguro social y la fecha de nacimiento.

### COMENZAR A ELEGIR

Haz clic en Siguiendo otra vez para comenzar a elegir tus beneficios. Recuerda, no se pueden realizar cambios a tus elecciones durante el año del plan a menos que tengas un cambio calificado de mitad de año según la Sección 125 o un evento de inscripción especial.

## INSCRIPCIÓN EN LAS INSTALACIONES

Cuando sea el momento de inscribirte a tus beneficios, tu representante de cuenta de First Financial estará en las instalaciones para asistirte con tus elecciones. Visita tu EBC para ver el cronograma de inscripción en las instalaciones.

# ELEGIBILIDAD

## ELEGIBILIDAD

Los empleados elegibles deben estar trabajando de forma activa en la fecha de entrada en vigencia del plan para que los nuevos beneficios entren en vigencia.

### EMPLEADOS NUEVOS

Tienes 31 días a partir de la fecha de estar activo en el trabajo para hacer tus elecciones de beneficios.

### EMPLEADOS EXISTENTES

Cuando sea el momento de inscribirte a tus beneficios, tu representante de cuenta de First Financial estará disponible para asistirte con tus elecciones. Podrás realizar tus elecciones en cualquier momento durante la inscripción anual en línea desde la computadora de tu trabajo o de tu casa. Antes de inscribirte, dedica el tiempo necesario para informarte sobre los beneficios disponibles y las opciones que mejor funcionan para ti y tu familia en el Centro de Beneficios para Empleados.

## CAMBIOS DE BENEFICIOS A MITAD DE AÑO

Puedes agregar o cancelar la cobertura durante el año del plan si hay un cambio en el estado de tu familia. Debes notificar al departamento de beneficios dentro de los 31 días del cambio.

### LOS EVENTOS DE VIDA QUE CALIFICAN INCLUYEN:

- Cambios en el grupo familiar, como matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, fallecimiento del cónyuge, nacimiento, adopción, colocación para adopción o fallecimiento de un hijo dependiente
- Pérdida de cobertura de salud, atribuible al empleo de tu cónyuge, perder la cobertura de salud existente, ya sea basada en el trabajo, planes individuales y de estudiante, perder la elegibilidad para Medicare, Medicaid, o CHIP, cumplir 26 y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres

## RECHAZO DE LA COBERTURA

Si eres elegible para beneficios, pero deseas RECHAZAR la cobertura, completa la inscripción en línea en la computadora del trabajo o de tu casa. En cada opción, deberás seleccionar “renunciar”. **De todas formas tendrás que completar la información del beneficiario.**

Incluso si rechazas todas las coberturas, debes completar el seguro de vida pagado por el distrito y actualizar/revisar tus beneficiarios.

# PLANES DE LA SECCIÓN 125

## INFORMACIÓN Y REGLAS DE LOS PLANES DE LA SECCIÓN 125

Un Plan de la Sección 125 ofrece una forma de pagar gastos médicos o de atención de dependientes elegibles para ayudarte a ahorrar dinero. Los fondos se deducen automáticamente de tu nómina antes de impuestos.

### ASÍ ES COMO FUNCIONA

Un Plan de la Sección 125 reduce tus impuestos y aumenta los ingresos que puedes gastar al permitirte deducir el costo de los beneficios elegibles de tus ganancias antes de impuestos. Además, el plan está disponible para ti sin costo alguno y ya eres elegible; lo único que debes hacer es inscribirte.

### ¿ES ADECUADO PARA MÍ?

Los ahorros que podrías lograr con un Plan de la Sección 125 se detallan a continuación. Por ejemplo, potencialmente podrías llevar a casa alrededor de \$70 más por mes si participaras en el Plan de la Sección 125 de tu empleador; ¡esto es un ahorro de \$840 al año!

No puedes cambiar las 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 estado. Si la oficina de beneficios no recibe la notificación dentro de los 31 días posteriores al cambio de estado, no se podrá realizar ningún cambio en los beneficios hasta la siguiente inscripción abierta anual.

Los cambios de estado de la familia especificados por el IRS incluyen:

- Cambio en la situación matrimonial legal
- Cambio en la cantidad de dependientes
- Terminación o inicio de empleo
- Un dependiente cumple o deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad
- Cambio en la residencia o lugar de trabajo que afecta la elegibilidad para la cobertura

## MUESTRA DE NÓMINA DEL PLAN DE LA SECCIÓN 125

|  | SIN S125 | CON S125 |
|--|----------|----------|
| Salario mensual                          | \$2,000  | \$2,000  |
| Menos deducciones médicas                | -N/A     | -\$250   |
| Ingresos brutos imponibles               | \$2,000  | \$1,750  |
| Menos impuestos (federal/estatal al 20%) | -\$400   | -\$350   |
| Menos FICA estimado (7.65%)              | -\$153   | -\$133   |
| Menos deducciones médicas                | -\$250   | -N/A     |
| Pago que se lleva a casa                 | \$1,197  | \$1,267  |

**¡PODRÍAS AHORRAR \$70 AL MES EN IMPUESTOS SI PAGAS TUS BENEFICIOS ANTES DE IMPUESTOS!**

*\*Las cifras en la muestra de la nómina son solo con fines ilustrativos.*

## Resumen del plan dental Superior (High)

Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2024

|  |   |
|--|---|
| <b>Beneficios del plan</b>               |   |
| Procedimientos Tipo 1                    | 100%  |
| Procedimientos Tipo 2                    | 50%   |
| Procedimientos Tipo 3                    | 50%   |
| <b>Deducible</b>                         | \$50/año calendario Tipo 2 y Tipo 3<br>Procedimientos Tipo 1 exentos<br>Aplica a no más de 3 miembros de la familia |
| <b>Máximo (por persona)</b>              | \$1,000 por año calendario  |
| <b>Provisión</b>                         | Percentil 90 del costo usual y habitual (U&C)   |
| <b>Periodo de espera</b>                 | Ninguno   |
| <b>Inscripciones abiertas anualmente</b> | Ninguno   |

## Resumen de ortodoncia (Cobertura de adultos y niños)

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Provisión</b>                        | Costo Usual y Habitual (U&C) |
| <b>Beneficios del plan</b>              | 50%                          |
| <b>Máximo de por vida (por persona)</b> | \$1.000                      |
| <b>Periodo de espera</b>                | Ninguno                      |

## Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

| Procedimientos Tipo 1   | Procedimientos Tipo 2   | Procedimientos Tipo 3  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina (2 por periodo de beneficios)</li> <li>Radiografías de aletas de mordida (1 por periodo de beneficios)</li> <li>Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 5 años)</li> <li>Radiografías periapicales</li> <li>Limpiezas (2 por periodo de beneficios)</li> <li>Aplicación de flúor en niños menores de 13 años (1 por periodo de beneficios)</li> <li>Sellantes (15 años y menores)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenedores de espacio</li> <li>Rellenos para caries</li> <li>Composite a base resina (dientes anteriores y posteriores)</li> <li>Periodoncia (tratamiento no quirúrgico)</li> <li>Extracciones simples</li> <li>Extracciones complejas</li> <li>Anestesia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Incrustaciones con recubrimiento cuspidéo</li> <li>Coronas (1 en 8 años por diente)</li> <li>Reparación de coronas</li> <li>Endodoncia (tratamiento no quirúrgico)</li> <li>Endodoncia (tratamiento quirúrgico)</li> <li>Periodoncia (tratamiento quirúrgico)</li> <li>Reparación de dentaduras postizas</li> <li>Implantes</li> <li>Prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 8 años)</li> </ul> |

## Tarifas Mensuales

|  |          |
|--|----------|
| <b>Empleado únicamente</b>             | \$34.48  |
| <b>Empleado + 1 dependiente</b>        | \$68.96  |
| <b>Empleado + 2 o más dependientes</b> | \$113.76 |

## Información acerca de Ameritas

### Estamos para ayudarlo

Este plan ha sido diseñado específicamente para los empleados de SAN ANGELO ISD. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos de que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com)

### Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)

¿Cómo evalúa su salud dental? Usted puede recibir su Reporte de Salud Dental al ingresar en línea a su cuenta segura para miembros del plan. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com). Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

### Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro. Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

## Ahorros en armazones y lentes

Los miembros del plan de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima.

Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite [ameritas.com](http://ameritas.com) e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

## Ahorros en audición

Con el plan de Ameritas, usted puede recibir descuentos en dispositivos auditivos en Great Hearing Benefits en cualquiera de sus 4,500 tiendas localizadas en todo el país. Llame al teléfono 877-683-9495 para recibir una consulta gratis. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro. Está disponible para miembros del plan sin costo adicional a su prima.

Características relevantes: examen de la audición \$50 (usted ahorra \$100 dólares, ya que el costo promedio es de \$150), hasta 50% de descuento sobre el precio de venta al público en los aparatos con la más reciente tecnología. Además de ofrecerle satisfacción y garantía de servicio. Vaya al sitio [greathearingbenefits.com/ameritas](http://greathearingbenefits.com/ameritas) para obtener más detalles.

## Información acerca de la red de proveedores

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553.

Su red de proveedores es «Ameritas Classic Network».

## Red de proveedores dentales

En Texas, nuestra red y planes se les conocen como la Red Dental de Ameritas (Ameritas Dental Network).

## Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista acerca de la cantidad exacta que su seguro cubrirá y lo que usted será responsable de pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

## Disposición de participante tardío

Recomendamos inscribirse al momento de ser informado que cumple con los requisitos. Si usted no se inscribe durante su periodo inicial de inscripción, usted será considerado participante tardío. Quienes se encuentren dentro de esta categoría, sólo reunirán los requisitos para realizarse exámenes, limpiezas y aplicaciones de flúor durante los primeros 12 meses en los que posean cobertura.

## Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator)

Los miembros del plan pueden utilizar nuestro presupuesto automático de servicios dentales (dental cost estimator) para determinar lo que se cobra en promedio dentro de su área. Los presupuestos no incluyen descuentos dentro de la red o beneficios del plan. Encuentre el presupuesto automático de servicios dentales en el sitio [ameritas.com/applications/group/estimator](http://ameritas.com/applications/group/estimator).

Después de que la cobertura comience, los miembros del plan pueden revisar en su cuenta segura lo que los dentistas dentro de la red cobran en promedio. El miembro del plan puede pedirle a su consultorio dental que solicite el presupuesto previo al tratamiento para ver exactamente cómo se cubrirá el servicio propuesto y evitar alguna sorpresa. El presupuesto estimado se basa en los beneficios del plan.

## Asistencia a nivel mundial

Si un miembro del plan tiene una emergencia odontológica fuera de Estados Unidos, AXA Assistance le puede ayudar. AXA proporciona una recomendación para acudir un proveedor confiable y hasta puede ayudarlo para concertar la cita. Los proveedores que AXA recomiende no son miembros de la red de proveedores de Ameritas. La información de contacto de AXA está disponible en la cuenta segura para miembros del plan.

# SAN ANGELO ISD

*Hoja de características relevantes del plan dental*



## **Servicios de idiomas**

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

**Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.**

**Resumen del Plan Dental Básico (Low) Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2024**

|  |   |
|--|---|
| <b>Beneficios del plan</b>               |   |
| Procedimientos Tipo 1                    | 100%  |
| Procedimientos Tipo 2                    | 50%   |
| <b>Deducible</b>                         | \$50/año calendario Tipo 2                    |
|  | Procedimientos Tipo 1 exentos                 |
|  | Aplica a no más de 3 miembros de la familia   |
| <b>Máximo (por persona)</b>              | \$750 por año calendario                      |
| <b>Provisión</b>                         | Percentil 90 del costo usual y habitual (U&C) |
| <b>Periodo de espera</b>                 | Ninguno                                       |
| <b>Inscripciones abiertas anualmente</b> | No  |

**Listado muestra de procedimientos** (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

| Procedimientos Tipo 1   | Procedimientos Tipo 2  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina (2 por periodo de beneficios)</li> <li>Radiografías de aletas de mordida (1 por periodo de beneficios)</li> <li>Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 5 años)</li> <li>Radiografías periapicales</li> <li>Limpiezas (2 por periodo de beneficios)</li> <li>Aplicación de flúor en niños menores de 13 años (1 por periodo de beneficios)</li> <li>Sellantes (15 años y menores)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenedores de espacio</li> <li>Rellenos para caries</li> <li>Composite a base resina (dientes anteriores y posteriores)</li> <li>Extracciones simples</li> <li>Extracciones complejas</li> <li>Anestesia</li> </ul> |

**Tarifas Mensuales**

|  |         |
|--|---------|
| <b>Empleado únicamente</b>             | \$22.56 |
| <b>Empleado + 1 dependiente</b>        | \$45.12 |
| <b>Empleado + 2 o más dependientes</b> | \$74.40 |

**Información acerca de Ameritas**

**Estamos para ayudarlo**  
 Este plan ha sido diseñado específicamente para los empleados de SAN ANGELO ISD. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos de que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com)

**Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)**

¿Cómo evalúa su salud dental? Usted puede recibir su Reporte de Salud Dental al ingresar en línea a su cuenta segura para miembros del plan. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com). Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

**Ahorros en medicamentos recetados**

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro. Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

**Ahorros en armazones y lentes**

Los miembros del plan de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima. Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite [ameritas.com](http://ameritas.com) e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

## Ahorros en audición

Con el plan de Ameritas, usted puede recibir descuentos en dispositivos auditivos en Great Hearing Benefits en cualquiera de sus 4,500 tiendas localizadas en todo el país. Llame al teléfono 877-683-9495 para recibir una consulta gratis. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro. Está disponible para miembros del plan sin costo adicional a su prima.

Características relevantes: examen de la audición \$50 (usted ahorra \$100 dólares, ya que el costo promedio es de \$150), hasta 50% de descuento sobre el precio de venta al público en los aparatos con la más reciente tecnología. Además de ofrecerle satisfacción y garantía de servicio. Vaya al sitio [greatesthearingbenefits.com/ameritas](http://greatesthearingbenefits.com/ameritas) para obtener más detalles.

## Información acerca de la red de proveedores

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553. Su red de proveedores es «**Ameritas Classic Network**».

## Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista acerca de la cantidad exacta que su seguro cubrirá y lo que usted será responsable de pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

## Disposición de participante tardío

Recomendamos inscribirse al momento de ser informado que cumple con los requisitos. Si usted no se inscribe durante su periodo inicial de inscripción, usted será considerado participante tardío. Quienes se encuentren dentro de esta categoría, sólo reunirán los requisitos para realizarse exámenes, limpiezas y aplicaciones de flúor durante los primeros 12 meses en los que posean cobertura.

## Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator)

Los miembros del plan pueden utilizar nuestro presupuesto automático de servicios dentales (dental cost estimator) para determinar lo que se cobra en promedio dentro de su área. Los presupuestos no incluyen descuentos dentro de la red o beneficios del plan. Encuentre el presupuesto automático de servicios dentales en el sitio [ameritas.com/applications/group/estimator](http://ameritas.com/applications/group/estimator).

Después de que la cobertura comience, los miembros del plan pueden revisar en su cuenta segura lo que los dentistas dentro de la red cobran en promedio. El miembro del plan puede pedirle a su consultorio dental que solicite el presupuesto previo al tratamiento para ver exactamente cómo se cubrirá el servicio propuesto y evitar alguna sorpresa. El presupuesto estimado se basa en los beneficios del plan.

## Asistencia a nivel mundial

Si un miembro del plan tiene una emergencia odontológica fuera de Estados Unidos, AXA Assistance le puede ayudar. AXA proporciona una recomendación para acudir un proveedor confiable y hasta puede ayudarlo para concertar la cita. Los proveedores que AXA recomiende no son miembros de la red de proveedores de Ameritas. La información de contacto de AXA está disponible en la cuenta segura para miembros del plan.

## Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.

| <b>Eyetopia Beneficios</b>   |                       |                            |
|--|-----------------------|----------------------------|
| Eyetopia proporciona dos beneficios de visión en cada período de elegibilidad. Es posible que tenga la oportunidad de maximizar sus beneficios de Eyetopia coordinando los beneficios con su cobertura de seguro de salud.   |                       |                            |
| <b>BENEFICIO UNO</b> <sup>2</sup> (Elija una de las siguientes 2 opciones cada 12 meses):  | <b>Tolerancia</b>     | <b>Copago</b> <sup>1</sup> |
| 1. Examen de refracción. Un examen de la vista de rutina   | N/A                   | \$10.00                    |
| 2. Cobertura para el copago del examen médico de la vista u otros servicios o materiales.. <sup>2</sup>  | \$45.00               | Ninguno                    |
| <b>BENEFICIO DOS</b> (elija solo 1 de las siguientes opciones de corrección de la visión) Eyetopia le proporciona 3 opciones para corregir su visión cada 12 meses. <sup>3</sup>   |                       |                            |
| 1. Lentes graduadas <sup>4</sup> CR-39 lentes plásticas monofocales, bifocales, trifocales.  | <b>Tolerancia</b>     | <b>Copago</b> <sup>1</sup> |
|  | N/A                   | \$20.00                    |
| • Lentes progresivas de plástico CR-39 (multifocales sin línea) que se venden por hasta \$ 199.  | N/A                   | \$20.00                    |
| • Lentes progresivas de plástico CR-39 (multifocales sin línea) que se venden por más de \$ 199.   | \$200.00              | \$20.00                    |
| • Actualización del material de policarbonato  | N/A                   | \$25.00                    |
| • Actualización de material de policarbonato para niños dependientes (menores de 26 años)  | Tapado                | Ninguno                    |
| • Recubrimiento básico (protección ultravioleta y recubrimiento resistente a los arañazos)   | Tapado                | Ninguno                    |
| • Recubrimientos antirreflectantes de nivel medio que se venden hasta \$ 99.   | Tapado                | Ninguno                    |
| • Recubrimientos antirreflectantes premium que se venden por un copago de \$100 o más para no exceder:   | N/A                   | \$130.00                   |
| • Lentes de bloqueo de luz azul premium o revestimiento antirreflectante de bloqueo de luz azul premium.   | N/A                   | \$105.00                   |
| • Tinte (sólido o degradado)   | N/A                   | \$12.00                    |
| • Lentes fotocromáticas o polarizadas  | N/A                   | \$90.00                    |
| ♦ Gafas médicamente necesarias para la aniseikonía o la ambliopía. <sup>5</sup>  | \$400.00              | Ninguno                    |
| ♦ Lentes antifatiga.   | Tapado                | \$20.00                    |
| ♦ Marco: El miembro puede seleccionar cualquier marco en exhibición y es responsable de cualquier cantidad que exceda la asignación.   | \$130                 | Ninguno                    |
| 2. Opción de lente de contacto: En lugar de gafas. Asignación para ser aplicada a lentes de contacto recetados. ♦ Esta asignación se puede aplicar a la tarifa de ajuste de lentes de contacto y todos los demás cargos, incluidas las visitas de seguimiento y los lentes de contacto. <sup>6</sup>   | \$150.00              | Ninguno                    |
| ♦ Lentes de contacto médicamente necesarios: asignación de evaluación de \$ 145.00 y asignación de lentes de contacto de \$ 400.00. <sup>7</sup>   | \$550.00              | Ninguno                    |
| 2. Opción de cirugía refractiva. <sup>8</sup> En lugar de gafas o lentes de contacto. Un subsidio ocular de \$ 350.00 por ojo con cirujanos contratados o un subsidio de \$ 75.00 por ojo con cirujanos no contratados para los honorarios de la atención de cirugía refractiva para los siguientes procedimientos: LASIK, PRK, ICL o RLE. El miembro paga cualquier cantidad que exceda la asignación por ojo.. | \$350/ojo<br>\$75/ojo | Ninguno                    |

<sup>1</sup> El copago debe pagarse al Proveedor Participante en el momento del servicio.

<sup>2</sup> Cuando las compañías de seguros médicos ofrecen un examen médico completo de la vista, se crea una superposición en los beneficios para los miembros de Eyetopia. Si esto ocurre, el Miembro puede elegir otra opción bajo el Beneficio Uno como se describe, no se requiere copago para ejercer estas otras opciones.

<sup>3</sup> Si su receta ha cambiado al menos 1/2 dioptría o su oftalmólogo recomienda un cambio de lentes, puede seleccionar una de las tres opciones de corrección de la visión cada 12 meses.

<sup>4</sup> Materiales especiales para lentes y artículos no cubiertos: Los PAL ultraligeros, premium, el servicio urgente, los acuerdos de servicio, otros materiales especiales para lentes, el gran tamaño, otros extras y cualquier artículo no mencionado específicamente anteriormente pueden sustituirse siempre que el Miembro pague cualquier cantidad que exceda el precio del beneficio cubierto y las tarifas habituales y habituales del Proveedor participante para la actualización en el momento del servicio.

<sup>5</sup> Las lentes para gafas médicamente necesarias incluyen un revestimiento antirreflectante de primera calidad y un material de lente mejorado.

<sup>6</sup> Si se realiza el servicio de evaluación, ajuste o dispensación de lentes de contacto y el Miembro decide utilizar su beneficio hacia una opción alternativa de corrección de la visión, el Miembro debe pagar el costo del servicio de evaluación, ajuste o dispensación de lentes de contacto antes de que se pueda utilizar otra opción de beneficio de corrección de la visión.

<sup>7</sup> El subsidio máximo total de beneficios es de \$550.00 el Proveedor Participante debe preautorizar la necesidad médica.

<sup>8</sup> Artículos no cubiertos y exclusiones: tarifas de instalaciones, procedimientos quirúrgicos, medicamentos y mejoras o tratamientos relacionados con procedimientos médicos.

### Exclusiones y limitacione

**Servicios incluidos y/o gafas.** Solo aquellos servicios profesionales de cuidado de la vista y / o opciones de corrección de la visión a las que se hace referencia específicamente en este documento están incluidos en el plan Eyetopia. La cobertura dentro de la red está disponible a través de los proveedores participantes. Los servicios fuera de la red no están cubiertos..

**Servicios profesionales adicionales y/o correcciones de la vista.** El miembro puede seleccionar servicios profesionales y / o elementos de corrección de la visión no mencionados específicamente como incluidos en Eyetopia. Sin embargo, estos servicios y/o artículos son responsabilidad del miembro a cargo del Proveedor Participante (U&C), pagaderos en el momento del servicio o del pedido.

Emp - \$10  
E+1 - \$17  
Fam - \$24

**Para obtener más información, comuníquese con servicio al cliente al (830) 964-6444 o al número gratuito 800-662-8264 Support@Eyetopia.org o www.Eyetopia.org**

| Eyetopia Beneficios  |                             |                            |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| Eyetopia proporciona dos beneficios de visión en cada período de elegibilidad. Es posible que tenga la oportunidad de maximizar sus beneficios de Eyetopia coordinando los beneficios con su cobertura de seguro de salud.   |                             |                            |
| <b>BENEFICIO UNO</b> <sup>2</sup> (Elija una de las siguientes 2 opciones cada 12 meses):  | <b>Tolerancia</b>           | <b>Copago</b> <sup>1</sup> |
| 1. Examen de refracción. Un examen de la vista de rutina.  | N/A                         | \$5.00                     |
| 2. Cobertura para el copago del examen médico de la vista u otros servicios o materiales. <sup>2</sup>   | \$65.00                     | Ninguno                    |
| <b>BENEFICIO DOS</b> (elija solo 1 de las siguientes opciones de corrección de la visión) Eyetopia le proporciona 3 opciones para corregir su visión cada 12 meses. <sup>3</sup>   |                             |                            |
| <b>1. Lentes graduadas</b> <sup>3,4</sup>  | <b>Tolerancia</b>           | <b>Copago</b> <sup>1</sup> |
| Lentes monofocales, bifocales o trifocales   | Tapado                      | Ninguno                    |
| • Lentes progresivos (sin línea multifocal) que se venden por hasta \$ 219   | Tapado                      | Ninguno                    |
| • Lentes progresivos (sin línea multifocal) que se venden por más de \$ 219.   | \$219.00                    | Ninguno                    |
| • Materiales de la lente: policarbonato, Trivex®, plástico de índice 1.60 o 1.67   | Tapado                      | Ninguno                    |
| • Recubrimiento básico (protección ultravioleta y recubrimiento resistente a los arañazos)   | Tapado                      | Ninguno                    |
| • Recubrimientos antirreflectantes de nivel medio que se venden hasta \$ 99.   | Tapado                      | Ninguno                    |
| • Recubrimientos antirreflectantes premium que se venden por \$ 100 o más.   | \$60.00                     | Ninguno                    |
| • Lentes de bloqueo de luz azul premium o revestimiento antirreflectante de bloqueo de luz azul premium.   | N/A                         | \$50.00                    |
| • Tinte (sólido y degradado)   | N/A                         | \$12.00                    |
| • Actualización de lente fotocromática o polarizada  | N/A                         | \$90.00                    |
| ♦ Gafas médicamente necesarias para Aniseikonia o Ambliopía. <sup>5</sup>  | \$400.00                    | Ninguno                    |
| ♦ Lentes antifatiga.   | Tapado                      | Ninguno                    |
| ♦ <b>Marco:</b> El miembro puede seleccionar cualquier marco en exhibición y es responsable de cualquier cantidad que exceda la asignación.  | \$180.00                    | Ninguno                    |
| <b>2. Opción de lentes de contacto</b> en lugar de gafas. Asignación para ser aplicada a lentes de contacto recetados. ♦ Esta asignación se puede aplicar a la tarifa de ajuste de lentes de contacto y todos los demás cargos, incluidas las visitas de seguimiento y los lentes de contacto. <sup>6</sup>  | \$300.00                    | Ninguno                    |
| ♦ Lentes de contacto médicamente necesarios: asignación de evaluación de \$ 300.00 y asignación de lentes de contacto de \$ 400.00. <sup>7</sup>   | \$700.00                    | Ninguno                    |
| <b>3. Opción de cirugía refractiva</b> <sup>8</sup> en lugar de gafas o lentes de contacto. Un subsidio ocular de \$ 500.00 por ojo con cirujanos contratados o un subsidio de \$ 150.00 por ojo con cirujanos no contratados para los honorarios de la atención de cirugía refractiva para los siguientes procedimientos: LASIK, PRK, ICL o RLE. El miembro paga cualquier cantidad que exceda la asignación por ojo. | \$500/eye<br>\$150/eye      | Ninguno                    |
| <b>4. Opción de audífono</b> <sup>9</sup> Si no utiliza ninguna de las otras opciones de Materiales, puede optar por aplicar su beneficio a los audífonos. El año actual es un beneficio máximo de \$ 750.00 para uno o ambos audífonos. Si no se usa en el año 1, el beneficio aumenta a \$1,600.00 en el año 2. Si no se usa en Year 2 o Year 1, el beneficio aumenta a \$2,550.00 para Year 3.                      | \$750<br>\$1,600<br>\$2,550 | Ninguno                    |

<sup>1</sup> El copago debe pagarse al Proveedor Participante en el momento del servicio.

<sup>2</sup> Cuando las compañías de seguros médicos ofrecen un examen médico completo de la vista, se crea una superposición en los beneficios para los miembros de Eyetopia. Si esto ocurre, el Miembro puede elegir otra opción bajo el Beneficio Uno como se describe, no se requiere copago para ejercer estas otras opciones.

<sup>3</sup> Si su receta ha cambiado al menos 1/2 dioptría o su oftalmólogo recomienda un cambio de lentes, puede seleccionar una de las tres opciones de corrección de la visión cada 12 meses.

<sup>4</sup> Materiales especiales para lentes y artículos no cubiertos: Los PAL ultraligeros, premium, el servicio urgente, los acuerdos de servicio, otros materiales especiales para lentes, el gran tamaño, otros extras y cualquier artículo no mencionado específicamente anteriormente pueden sustituirse siempre que el Miembro pague cualquier cantidad que exceda el precio del beneficio cubierto y las tarifas habituales y habituales del Proveedor participante para la actualización en el momento del servicio.

<sup>5</sup> La cobertura de lentes Shaw incluye un revestimiento antirreflectante de primera calidad y un material de lente mejorado.

<sup>6</sup> Si se realiza el servicio de evaluación, ajuste o dispensación de lentes de contacto y el Miembro decide utilizar su beneficio hacia una opción alternativa de corrección de la visión, el Miembro debe pagar el costo del servicio de evaluación, ajuste o dispensación de lentes de contacto antes de que se pueda utilizar otra opción de beneficio de corrección de la visión.

<sup>7</sup> El subsidio máximo total de beneficios es de \$700.00. El Proveedor Participante debe preautorizar la necesidad médica.

<sup>8</sup> Artículos no cubiertos y exclusiones: tarifas de instalaciones, procedimientos quirúrgicos, medicamentos y mejoras o tratamientos relacionados con procedimientos médicos.

<sup>9</sup> Para acceder a su beneficio de audífono, debe llamar al 586-944-0043 para programar su examen de audio. Sus gastos de bolsillo variarán según su elección de audífono y su asignación total disponible.

### Exclusiones y limitaciones

**Servicios incluidos y/o gafas.** Solo aquellos servicios profesionales de cuidado de la vista y / o opciones de corrección de la visión a las que se hace referencia específicamente en este documento están incluidos en el plan Eyetopia.  
La cobertura dentro de la red está disponible a través de los proveedores participantes. Se desaconseja el uso de proveedores fuera de la red.

**Servicios profesionales adicionales y/o correcciones de la vista.** El miembro puede seleccionar servicios profesionales y / o elementos de corrección de la visión no mencionados específicamente como incluidos en Eyetopia. Sin embargo, estos servicios y/o artículos son responsabilidad del miembro a cargo del Proveedor Participante (U&C), pagaderos en el momento del servicio o del pedido.

Emp - \$20  
E + 1 - \$37  
Fam - \$52

**Para obtener más información, comuníquese con servicio al cliente al (830) 964-6444 o al número gratuito 800-662-8264 Support@Eyetopia.org o www.Eyetopia.org**

**Resumen del plan Focus® Superior (High): Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2024**

|   | Red de proveedores VSP Choice Network +<br>Afiliados                    | Fuera de la red  |
|---|---|--|
| <b>Deducibles</b>                       | \$0 Examen<br>\$0 Lentes para anteojos o armazones*<br>Cubierto al 100% | \$0 Examen<br>\$0 Lentes para anteojos o armazones<br>Hasta \$45 |
| <b>Examen anual de la vista</b>         |   |  |
| <b>Lentes (por par)</b>                 |   |  |
| <b>Monofocales</b>                      | Cubiertos al 100%   | Hasta \$30   |
| <b>Bifocales</b>                        | Cubiertos al 100%   | Hasta \$50   |
| <b>Trifocales</b>                       | Cubiertos al 100%   | Hasta \$65   |
| <b>Lenticulares</b>                     | Cubiertos al 100%   | Hasta \$100  |
| <b>Progresivos</b>                      | Vea opciones de lentes  | No aplica  |
| <b>Lentes de contacto</b>               |   |  |
| <b>Ajuste y exámenes de seguimiento</b> | Costo para miembros hasta \$60  | No hay beneficios  |
| <b>Opcionales</b>                       | Hasta \$180   | Hasta \$145  |
| <b>Medicamento necesarios</b>           | Cubiertos al 100%   | Hasta \$210  |
| <b>Provisión en Armazones</b>           | \$180**   | Hasta \$70   |
| <b>Frecuencias (meses)</b>              |   |  |
| <b>Exámenes/Lentes/Armazones</b>        | 12/12/12<br>Con base en la fecha de servicio                            | 12/12/12<br>Con base en la fecha de servicio                     |

\*El deducible aplica para un par completo de anteojos o armazones, cualquiera que sea lo elegido. \*\*La provisión para Costco y Walmart será el equivalente de la venta al mayoreo.

**Opciones de lentes (costo para miembro del plan)\***

|  | Red de proveedores VSP Choice Network +<br>Afiliados<br>(Otro que no sea Costco)   | Fuera de la red                            |
|--|--|--|
| <b>Lentes progresivos</b>                            | Hasta la tarifa contratada con el proveedor para bifocales. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el costo de lentes básicos y el costo de lentes progresivos. | Hasta la provisión de bifocales con línea. |
| <b>Estándar Policarbonato</b>                        | Cubierto al 100% para hijos dependientes<br>\$33 adultos   | No hay beneficios                          |
| <b>Polarizado plástico uniforme</b>                  | \$15<br>(excepto rosa I y II)  | No hay beneficios                          |
| <b>Polarizado plástico con graduación</b>            | \$17   | No hay beneficios                          |
| <b>Lentes fotocromáticos<br/>(vidrio y plástico)</b> | \$31-\$82  | No hay beneficios                          |
| <b>Revestimiento resistente a rayones</b>            | \$17-\$33  | No hay beneficios                          |
| <b>Revestimiento antirreflejo</b>                    | \$43-\$85  | No hay beneficios                          |
| <b>Protección contra rayos ultravioleta</b>          | \$16   | No hay beneficios                          |

\*Los costos para los miembros del plan en las opciones en lentes, pueden variar conforme al nivel de graduación, opción elegida y tiendas al menudeo

**LASIK Advantage**

| Beneficios obtenidos de por vida (para cada ojo) | Primer año | Segundo año | Tercer año | Cuarto año |
|--|------------|-------------|------------|------------|
|  | \$350      | \$350       | \$700      | \$700      |

**Resumen de beneficios para la audición**

|   | Examen anual de la audición | Dispositivo auditivo       | Mantenimiento del dispositivo auditivo |
|---|-----------------------------|----------------------------|--|
| <b>Examen anual de la audición</b>            | 100%                        |                            |  |
| <b>Dispositivo auditivo</b>                   |                             | 50%                        |  |
| <b>Mantenimiento del dispositivo auditivo</b> |                             |                            | 100%                                   |
| <b>Deducible</b>                              | \$0                         | \$0                        | \$0                                    |
| <b>Máximo (por periodo de beneficios)</b>     |                             |                            |  |
| <b>Examen anual de la audición</b>            |                             | Hasta \$75                 |  |
| <b>Aparato auditivo (por cada oído)</b>       | Primer año<br>Hasta \$400   | Segundo año<br>Hasta \$600 | Tercer año<br>Hasta \$800              |
| <b>Mantenimiento del dispositivo auditivo</b> |                             | Hasta \$40                 |  |

**Tarifas Mensuales**

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| Empleado únicamente             | \$18.72 |
| Empleado + 1 dependiente        | \$36.64 |
| Empleado + 2 o más dependientes | \$50.16 |

### Características adicionales de la red Focus® Choice

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Lentes de contacto opcionales</b> | La provisión puede aplicar para desechables, pero la cantidad en dólares debe ser usada en su totalidad una sola vez (el proveedor ordenará materiales para 3 a 6 meses). Aplica cuando los lentes de contacto fueron elegidos en lugar de anteojos. Para planes con una provisión por separado para ajuste y examen de lentes de contacto (incluidos los exámenes de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deducirá de la provisión. |
| <b>Anteojos adicionales</b>          | 20% de descuento adicional por pares completos de anteojos y/o gafas de sol con prescripción.  |
| <b>Descuento en armazones</b>        | VSP ofrece un 20% de descuento sobre la cantidad que exceda la provisión para precios al menudeo.*   |
| <b>Laser VisionCare</b>              | VSP ofrece en promedio un descuento de 15% o 5% sobre el precio de promoción ofrecido en procedimiento LASIK Custom LASIK y PRK. El desembolso máximo por ojo que pagan los miembros del plan es de \$1,800 en cirugía LASIK, \$2,300 en cirugía personalizada LASIK utilizando tecnología Wavefront y \$1,500 en cirugía PRK. Para poder recibir beneficios, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.                                   |
| <b>Vision menor</b>                  | Con autorización previa, 75% de la cantidad aprobada (se cubre hasta \$1,000 cada dos años).   |

Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.

### Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

### Ahorros en audición

Con el plan de Ameritas, usted puede recibir descuentos en dispositivos auditivos en Great Hearing Benefits en cualquiera de sus 4,500 tiendas localizadas en todo el país. Llame al teléfono 877-683-9495 para recibir una consulta gratis. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro. Está disponible para miembros del plan sin costo adicional a su prima.

Características relevantes: examen de la audición \$50 (usted ahorra \$100 dólares, ya que el costo promedio es de \$150), hasta 50% de descuento sobre el precio de venta al público en los aparatos con la más reciente tecnología. Además de ofrecerle satisfacción y garantía de servicio. Vaya al sitio [greatearingbenefits.com/ameritas](http://greatearingbenefits.com/ameritas) para obtener más detalles.

### Servicios oftalmológicos para miembros del plan

El plan Focus para el cuidado de la vista de Ameritas Group ofrece la red VSP de atención oftalmológica, la cual ahorra dinero a los miembros del plan. El servicio de Atención al Cliente para los miembros del plan está disponible a través de representantes capacitados y serviciales de VSP. Llámenos o consulte nuestra página de Internet para encontrar a los proveedores de la red VSP más cercanos, revisar información sobre los beneficios del plan y mucho más.

Centro de Atención al Cliente de VSP: 1-800-877-7195

- Horario de los servicios de Atención al Cliente: De 5 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes y los sábados de 6 a.m. a 2:30 p.m. (hora del Pacífico)
- Sistema Interactivo de Respuesta de Voz disponible las 24 horas y los 7 días de la semana

Encuentre a un proveedor VSP en la página de Internet: [ameritas.com](http://ameritas.com)

Revise la información del plan acerca de los beneficios en el sitio: [vsp.com](http://vsp.com)

### Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

## Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

**Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.**

**Resumen del plan de la audición - Básico (Low)**

**Fecha de entrada en vigencia: 1 de septiembre de 2024**

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Beneficios del plan</b>                |             |
| Examen anual de la audición               | 100%        |
| Dispositivo auditivo                      | 50%         |
| Mantenimiento del dispositivo auditivo    | 100%        |
| <b>Deducible</b>                          |             |
| Examen anual de la audición               | \$0         |
| Dispositivo auditivo                      | \$0         |
| Mantenimiento del dispositivo auditivo    | \$0         |
| <i>Máximo (por periodo de beneficios)</i> |             |
| Examen anual de la audición               | Hasta \$75  |
| Aparato auditivo ( <i>por cada oído</i> ) |             |
| Primer año                                | Hasta \$100 |
| Segundo año                               | Hasta \$300 |
| Tercer año                                | Hasta \$400 |
| Mantenimiento del dispositivo auditivo    | Hasta \$40  |

**Características adicionales de la red Focus® Choice**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Lentes de contacto opcionales</b> | La provisión puede aplicar para desechables, pero la cantidad en dólares debe ser usada en su totalidad una sola vez (el proveedor ordenará materiales para 3 a 6 meses). Aplica cuando los lentes de contacto fueron elegidos en lugar de anteojos. Para planes con una provisión por separado para ajuste y examen de lentes de contacto (incluidos los exámenes de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deducirá de la provisión. |
| <b>Anteojos adicionales</b>          | 20% de descuento adicional por pares completos de anteojos y/o gafas de sol con prescripción.  |
| <b>Descuento en armazones</b>        | VSP ofrece un 20% de descuento sobre la cantidad que exceda la provisión para precios al menudeo.*   |
| <b>Laser VisionCare</b>              | VSP ofrece en promedio un descuento de 15% o 5% sobre el precio de promoción ofrecido en procedimiento LASIK Custom LASIK y PRK. El desembolso máximo por ojo que pagan los miembros del plan es de \$1,800 en cirugía LASIK, \$2,300 en cirugía personalizada LASIK utilizando tecnología Wavefront y \$1,500 en cirugía PRK. Para poder recibir beneficios, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.                                   |
| <b>Visión menor</b>                  | Con autorización previa, 75% de la cantidad aprobada (se cubre hasta \$1,000 cada dos años).   |

*Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.*

**Servicios oftalmológicos para miembros del plan**

El plan Focus para el cuidado de la vista de Ameritas Group ofrece la red VSP de atención oftalmológica, la cual ahorra dinero a los miembros del plan. El servicio de Atención al Cliente para los miembros del plan está disponible a través de representantes capacitados y serviciales de VSP. Llámenos o consulte nuestra página de Internet para encontrar a los proveedores de la red VSP más cercanos, revisar información sobre los beneficios del plan y mucho más. Encuentre a un proveedor VSP en la página de Internet: [ameritas.com](http://ameritas.com) o revise la información del plan acerca de los beneficios en la página de Internet [vsp.com](http://vsp.com)  
Centro de Atención al Cliente de VSP: 1-800-877-7195 (Horario de los servicios de Atención al Cliente: De 5 de la mañana a 7 de la noche (hora del Pacífico) lunes a viernes y los sábados de 6 de la mañana a 2:30 de la tarde (hora del Pacífico) o través del sistema Interactivo de Respuesta de Voz disponible las 24 horas y los 7 días de la semana

**Asistencia a nivel mundial**

A través de AXA Assistance, Ameritas ofrece a sus miembros de planes dentales u oftalmológicos una opción disponible las 24 horas para saber cuáles son los proveedores recomendados para atención dental y oftalmológica cuando viajan fuera de Estados Unidos. Inmediatamente después de que la llamada se conecta, un coordinador evalúa la situación y le proporciona una recomendación para acudir a un proveedor confiable e incluso puede ayudarlo para concertar la cita. El miembro del plan envía un reclamo a Ameritas para que se considere el reembolso con base en los beneficios del plan que así apliquen. Para comunicarse con AXA Assistance desde Estados Unidos, marque la línea gratuita 866-662-2731. Si llama desde otra parte del mundo, marque 1-312-935-3727.

**Servicios de idiomas**

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

**Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.**

## Resumen del plan Focus® Básico (Low)

Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2024

|   | Red de proveedores VSP Choice Network +<br>Afiliados                      | Fuera de la red  |
|---|---|--|
| <b>Examen anual de la vista</b>         | \$10 Examen<br>\$25 Lentes para anteojos o armazones*<br>Cubierto al 100% | \$10 Examen<br>\$25 Lentes para anteojos o armazones<br>Hasta \$45 |
| <b>Lentes (por par)</b>                 |   |  |
| <b>Monofocales</b>                      | Cubiertos al 100%   | Hasta \$30   |
| <b>Bifocales</b>                        | Cubiertos al 100%   | Hasta \$50   |
| <b>Trifocales</b>                       | Cubiertos al 100%   | Hasta \$65   |
| <b>Lenticulares</b>                     | Cubiertos al 100%   | Hasta \$100  |
| <b>Progresivos</b>                      | Vea opciones de lentes  | No aplica  |
| <b>Lentes de contacto</b>               |   |  |
| <b>Ajuste y exámenes de seguimiento</b> | Costo para miembros hasta \$60  | No hay beneficios  |
| <b>Opcionales</b>                       | Hasta \$150   | Hasta \$120  |
| <b>Medicamento necesarios</b>           | Cubiertos al 100%   | Hasta \$210  |
| <b>Provisión en Armazones</b>           | \$150**   | Hasta \$70   |
| <b>Frecuencias (meses)</b>              |   |  |
| <b>Exámenes/Lentes/Armazones</b>        | 12/12/12<br>Con base en la fecha de servicio                              | 12/12/12<br>Con base en la fecha de servicio                       |

\*El deducible aplica para un par completo de anteojos o armazones, cualquiera que sea lo elegido. \*\*La provisión para Costco y Walmart será el equivalente de la venta al mayoreo.

## Opciones de lentes (costo para miembro del plan)\*

|  | Red de proveedores VSP Choice Network +<br>Afiliados<br>(Otro que no sea Costco)   | Fuera de la red                            |
|--|--|--|
| <b>Lentes progresivos</b>                            | Hasta la tarifa contratada con el proveedor para bifocales. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el costo de lentes básicos y el costo de lentes progresivos. | Hasta la provisión de bifocales con línea. |
| <b>Estándar Policarbonato</b>                        | Cubierto al 100% para hijos dependientes<br>\$33 adultos   | No hay beneficios                          |
| <b>Polarizado plástico uniforme</b>                  | \$15<br>(excepto rosa I y II)  | No hay beneficios                          |
| <b>Polarizado plástico con graduación</b>            | \$17   | No hay beneficios                          |
| <b>Lentes fotocromáticos<br/>(vidrio y plástico)</b> | \$31-\$82  | No hay beneficios                          |
| <b>Revestimiento resistente a rayones</b>            | \$17-\$33  | No hay beneficios                          |
| <b>Revestimiento antirreflejo</b>                    | \$43-\$85  | No hay beneficios                          |
| <b>Protección contra rayos ultravioleta</b>          | \$16   | No hay beneficios                          |

\*Los costos para los miembros del plan en las opciones en lentes, pueden variar conforme al nivel de graduación, opción elegida y tiendas al menudeo

## LASIK Advantage

| Beneficios obtenidos de por vida (para cada ojo) | Primer año | Segundo año | Tercer año | Tercer año |
|--|------------|-------------|------------|------------|
|  | \$175      | \$175       | \$350      | \$350      |

## Resumen de beneficios para la audición

|   | Examen anual de la audición | Dispositivo auditivo       | Mantenimiento del dispositivo auditivo |
|---|-----------------------------|----------------------------|--|
| <b>Examen anual de la audición</b>            | 100%                        | 100%                       | 100%                                   |
| <b>Dispositivo auditivo</b>                   | 50%                         |                            |  |
| <b>Mantenimiento del dispositivo auditivo</b> |                             |                            |  |
| <b>Deducible</b>                              | \$0                         | \$0                        | \$0                                    |
| <b>Máximo (por periodo de beneficios)</b>     |                             |                            |  |
| <b>Examen anual de la audición</b>            |                             | Hasta \$75                 |  |
| <b>Aparato auditivo (por cada oído)</b>       | Primer año<br>Hasta \$100   | Segundo año<br>Hasta \$300 | Tercer año<br>Hasta \$400              |
| <b>Mantenimiento del dispositivo auditivo</b> |                             | Hasta \$40                 |  |

## Tarifas Mensuales

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| <b>Empleado únicamente</b> | \$9.36 |
|----------------------------|--------|

|  |         |
|--|---------|
| <b>Empleado + 1 dependiente</b>        | \$17.88 |
| <b>Empleado + 2 o más dependientes</b> | \$25.10 |

### Características adicionales de la red Focus® Choice

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Lentes de contacto opcionales</b> | La provisión puede aplicar para desechables, pero la cantidad en dólares debe ser usada en su totalidad una sola vez (el proveedor ordenará materiales para 3 a 6 meses). Aplica cuando los lentes de contacto fueron elegidos en lugar de anteojos. Para planes con una provisión por separado para ajuste y examen de lentes de contacto (incluidos los exámenes de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deducirá de la provisión. |
| <b>Anteojos adicionales</b>          | 20% de descuento adicional por pares completos de anteojos y/o gafas de sol con prescripción.  |
| <b>Descuento en armazones</b>        | VSP ofrece un 20% de descuento sobre la cantidad que exceda la provisión para precios al menudeo.*   |
| <b>Laser VisionCare</b>              | VSP ofrece en promedio un descuento de 15% o 5% sobre el precio de promoción ofrecido en procedimiento LASIK Custom LASIK y PRK. El desembolso máximo por ojo que pagan los miembros del plan es de \$1,800 en cirugía LASIK, \$2,300 en cirugía personalizada LASIK utilizando tecnología Wavefront y \$1,500 en cirugía PRK. Para poder recibir beneficios, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.                                   |
| <b>Vision menor</b>                  | Con autorización previa, 75% de la cantidad aprobada (se cubre hasta \$1,000 cada dos años).   |

Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.

### Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet [ameritas.com](http://ameritas.com) e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

### Ahorros en audición

Con el plan de Ameritas, usted puede recibir descuentos en dispositivos auditivos en Great Hearing Benefits en cualquiera de sus 4,500 tiendas localizadas en todo el país. Llame al teléfono 877-683-9495 para recibir una consulta gratis. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro. Está disponible para miembros del plan sin costo adicional a su prima.

Características relevantes: examen de la audición \$50 (usted ahorra \$100 dólares, ya que el costo promedio es de \$150), hasta 50% de descuento sobre el precio de venta al público en los aparatos con la más reciente tecnología. Además de ofrecerle satisfacción y garantía de servicio. Vaya al sitio [greatearingbenefits.com/ameritas](http://greatearingbenefits.com/ameritas) para obtener más detalles.

### Servicios oftalmológicos para miembros del plan

El plan Focus para el cuidado de la vista de Ameritas Group ofrece la red VSP de atención oftalmológica, la cual ahorra dinero a los miembros del plan. El servicio de Atención al Cliente para los miembros del plan está disponible a través de representantes capacitados y serviciales de VSP. Llámenos o consulte nuestra página de Internet para encontrar a los proveedores de la red VSP más cercanos, revisar información sobre los beneficios del plan y mucho más.

Centro de Atención al Cliente de VSP: 1-800-877-7195

- Horario de los servicios de Atención al Cliente: De 5 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes y los sábados de 6 a.m. a 2:30 p.m. (hora del Pacífico)
- Sistema Interactivo de Respuesta de Voz disponible las 24 horas y los 7 días de la semana

Encuentre a un proveedor VSP en la página de Internet: [ameritas.com](http://ameritas.com)  
Revise la información del plan acerca de los beneficios en el sitio: [vsp.com](http://vsp.com)

### Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

## Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

**Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.**

# INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE LA SECCIÓN 125

## MIRE CÓMO FUNCIONA

El Plan de la Sección 125 reduce sus impuestos y aumenta sus ingresos disponibles al descontar el costo de las primas elegibles de sus ingresos antes de impuestos.

### ¿NECESITA HACER CAMBIOS?

Usted podrá cambiar su elección todos los años durante la inscripción anual de sus beneficios, pero según las Normas del Código de Impuestos Internos, únicamente si se produjera un evento calificado podría hacer un cambio durante el año del plan. Estos son algunos ejemplos de eventos calificados:

- Cambio de estado civil.
- Cambio de la cantidad de dependientes.
- Fin o comienzo del empleo.
- Un dependiente reúne o deja de reunir los requisitos de elegibilidad del dependiente.

A partir del evento calificado, tiene 31 días para presentar el cambio.

Encontrará más información, incluidos formularios y documentación necesaria, en el EBC:

<http://benefits.ffga.com/sanangeloisd>

# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES FSA MÉDICA

## AÑO DEL PLAN FSA: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2024 A 31 DE AGOSTO DE 2025.

Las Cuentas de Gastos Médicos Flexibles (FSA) le permiten reservar parte de su salario antes de impuestos para pagar gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos de bolsillo, suyos y de su familia.

Durante la inscripción abierta, elegirá un monto de aporte para el año del plan sobre la base de las necesidades previstas por usted. Este monto se dividirá de manera uniforme en deducciones de su salario. La elección anual completa estará disponible para usted al comienzo del año del plan.

Todo monto no utilizado durante el año del plan se perderá, de acuerdo con la regla “use o pierda.”

Máximo de la Cuenta FSA: \$3,200 por año.

### CUENTA FSA PARA LA ATENCIÓN DEL DEPENDIENTE

Con una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para la Atención del Dependiente, podrá reservar parte de su salario antes de impuestos para pagar gastos elegibles de atención al dependiente, como por ejemplo:

- Atención antes y después de la escuela.
- Programa Día Libre para Mamá.
- Guarderías / Jardines de infantes.
- Cuidadoras.
- Niñera.
- *Au pair*
- Campamentos de día.

Puede asignar hasta \$5.000 por año fiscal para el reembolso de servicios de atención de día del dependiente.

(\$2.500 si está casado y presenta la declaración de impuestos por separado). Esto en lugar de un crédito fiscal. Todo monto no utilizado durante el año del plan se perderá, de acuerdo con la regla “uselo o pierdalo.”

# Cuentas de ahorro para gastos de salud (HSA)

## NIVELES MÁXIMOS DE APORTES ANUALES PARA 2024.

### INDIVIDUAL - \$4,150; FAMILIAR - \$8.300; + \$1.000 PARA 55+

Las HSA se crearon para ayudarlo a administrar los gastos de atención de la salud. Constituyen un vehículo de ahorros que permite reservar dinero para pagar gastos de bolsillo relacionados con los Planes de Salud de Deducible Alto (HDHP). Para inscribirse, debe participar en un plan ActiveCare 1HD. El dinero que aporta a la cuenta podrá aplicarse a los gastos médicos elegibles que realice en el futuro. El saldo de la cuenta HSA se traspasa de un año a otro mientras genera intereses. La cuenta es portátil. Cuando se jubile o deje el trabajo, se llevará la HSA consigo porque el dinero es suyo y la cuenta también.

#### Ventajas principales de una Cuenta HSA

- No se pierden los fondos a fin de año.
- Cuenta portátil.
- Brinda un excelente vehículo para los gastos de atención de la salud.
- No se cobran cargos mensuales por administración de cuenta.

HSA ofrece una triple ventaja impositiva.

#### RECORDATORIOS DE HSA

- El dinero NO está disponible por adelantado.
- No puede tener ambas cuentas, la FSA y la HSA, para uso médico.
- No puede aportar a HSA si es elegible para Medicare.
- DEBE OPTAR POR RECIBIR LOS RESÚMENES ELECTRÓNICOS; DE LO CONTRARIO, SE LE COBRARÁ UN CARGO MENSUAL DE \$1,25 POR ENVÍO DE RESÚMENES POR CORREO.
- El dinero que coloca en la cuenta se deduce de su salario antes de impuestos.
- Los intereses y las ganancias generados por la cuenta están exentos del pago de impuestos.
- Las distribuciones para gastos médicos elegibles están exentos del pago de impuestos.

# RECURSOS PARA LAS CUENTAS FSA y HSA

## TARJETA DE BENEFICIOS FSA/HSA

La Tarjeta de Beneficios está disponible para todos los empleados que participan en la cuenta HSA, FSA Médica y/o FSA para Atención del Dependiente. La Tarjeta de Beneficios le brinda acceso inmediato a su dinero en el lugar de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, sus cónyuges y dependientes elegibles a partir de los 18 años de edad.

## ¡GUARDE LOS RECIBOS!

El IRS exige la validación de la mayoría de las transacciones. Usted debe enviar los recibos para la validación de gastos de la cuenta FSA cuando se lo soliciten. Si no confirma la operación mediante el envío del recibo a First Financial dentro de los 60 días siguientes a la compra o a la fecha del servicio, se le suspenderá la tarjeta hasta tanto su proveedor de seguros reciba el comprobante o la explicación de los beneficios.

## APLICACIÓN MÓVIL FF FLEX

Con la aplicación móvil FF Flex puede presentar reclamos, ver el saldo y el historial de su cuenta, el estado de un reclamo, las alertas, cargar recibos y documentación y demás. La aplicación móvil FF Flex está disponible para dispositivos Apple®, Android™ en App Store<sup>SM</sup>, Google Play Store<sup>TM</sup>.

El número de ID de su empleador es FFA16. Para registrar su cuenta en la aplicación móvil FF Flex debe tener este número o el número de su Tarjeta de Beneficios Flex.

## TIENDAS FSA y HSA

First Financial se asoció con FSA Store y HSA Store para que usted cuente con una tienda en línea que sea fácil de usar y le permita entender y administrar mejor su cuenta FSA. Vaya a <http://www.ffga.com/fsaextras>, donde encontrará más detalles y ofertas especiales.

- Compre en la tienda algunos productos elegibles, desde vendas hasta sillas de ruedas y miles de otros productos.
- Eche un vistazo o busque la lista de productos y servicios elegibles usando la Lista de Elegibilidad [Elegibility List].
- Visite el Centro de Aprendizaje [Learning Center] para encontrar las respuestas a las preguntas que se le puedan presentar.

# UN SEGURO DE VIDA QUE USTED MANTIENE

PURELIFE-PLUS

El seguro de vida puede ser una forma ideal de proporcionarle dinero a su familia cuando más lo necesita. PURELIFE-PLUS ofrece un seguro permanente con una elevada indemnización por fallecimiento y garantías prolongadas<sup>1</sup> que pueden brindarle tranquilidad financiera a usted y a sus seres queridos. PURELIFE-PLUS es un complemento ideal para cualquier seguro de vida temporal colectivo y adicional que su empleador pueda proporcionar y tiene las siguientes características:



ES ASEQUIBLE  
USTED ES EL DUEÑO



PUEDA LLEVARLO CON USTED  
CUANDO CAMBIE DE TRABAJO  
O SE JUBILE



LO PAGA A TRAVÉS DE CÓMODAS  
DEDUCCIONES SALARIALES



TAMBIÉN PUEDE OBTENER  
COBERTURA PARA SU  
CÓNYUGE, HIJOS Y NIETOS<sup>2</sup>



PUEDA OBTENER UN BENEFICIO  
EN VIDA SI LE DIAGNOSTICAN  
UNA ENFERMEDAD TERMINAL<sup>3</sup>



PUEDA OBTENER DINERO  
EN EFECTIVO PARA CUBRIR  
GASTOS BÁSICOS EN CASO DE  
QUE LE DIAGNOSTIQUEN UNA  
ENFERMEDAD CRÓNICA<sup>4</sup>

## 3 PREGUNTAS RÁPIDAS

Puede calificar para obtener el seguro al responder solo 3 preguntas, sin exámenes ni agujas.

### DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EL ASEGURADO POTENCIAL:

1. ¿Ha trabajado activamente en un empleo de tiempo completo en el cual llevaba a cabo tareas habituales?
2. ¿Se ha ausentado del trabajo debido a una enfermedad o un tratamiento médico durante un período de más de 5 días hábiles consecutivos?
3. ¿Ha estado discapacitado o se ha sometido a exámenes, tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital u hogar de ancianos, o se ha sometido a 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

El agente o la agencia que ofrece esta cobertura no está afiliado a Texas Life, excepto para comercializar sus productos. Los pagos de reclamaciones son responsabilidad de Texas Life Insurance Company.

PureLife-plus es un seguro de vida ajustable con prima flexible hasta los 121 años de edad. Al igual que con la mayoría de los productos de seguro de vida, los contratos y cláusulas adicionales de Texas Life incluyen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, periodos de espera y términos para mantenerlos en vigencia. Póngase en contacto 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 Formulario serie PRFNG-NI-18. Texas Life está autorizada para hacer negocios en el Distrito de Columbia y en todos los estados, excepto Nueva York.

21Mo58-C-SP FFGA 2001 (exp0523) No apto para uso en CA.

- 1 Las garantías están sujetas a términos, limitaciones, exclusiones del producto y a la capacidad de pago de reclamaciones y solidez financiera de la aseguradora.
- 2 Cobertura no disponible para hijos en WA o nietos en WA o MD. En MD, los hijos deben vivir con el solicitante para ser elegibles para la cobertura.
- 3 Se aplican condiciones. Formulario serie ULABR-07 o Formulario ICC07-ULABR-07 de la cláusula adicional de indemnización adelantada del seguro por fallecimiento debido a una enfermedad terminal.
- 4 Cláusula adicional por enfermedad crónica disponible por un costo adicional para empleados únicamente. Se aplican condiciones. Formulario ICC15-ULABR-CI-15 o Formulario serie ULABR-CI-15.

**PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Non-Tobacco — Express Issue**

| Issue Age (ALB) | Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown |          |          |          |           |           |           |           |           | GUARANTEED PERIOD<br>Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium |
|-----------------|--|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
|                 | \$10,000   | \$25,000 | \$50,000 | \$75,000 | \$100,000 | \$150,000 | \$200,000 | \$250,000 | \$300,000 |   |
| 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  |

**CHILDREN AND GRANDCHILDREN (NON-TOBACCO)**  
 with Accidental Death Rider  
 Grandchild coverage available through age 18.

| Issue Age | Premium  |          | Guaranteed Period |
|-----------|----------|----------|-------------------|
|           | \$25,000 | \$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    | 22.25    | 75                |
| 21-22     | 12.50    | 22.75    | 74                |
| 23        | 12.75    | 23.25    | 75                |
| 24-25     | 13.00    | 23.75    | 74                |
| 26        | 13.50    | 24.75    | 75                |

**Indicates Spouse Coverage Available**

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO  
 Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18  
 Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

**PureLife-plus – Standard Risk Table Premiums – Tobacco – Express Issue**

| Issue Age (ALB) | Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown |          |          |          |           |           |           |           |           | GUARANTEED PERIOD<br>Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium |
|-----------------|--|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
|                 | \$10,000   | \$25,000 | \$50,000 | \$75,000 | \$100,000 | \$150,000 | \$200,000 | \$250,000 | \$300,000 |   |
| 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  |

**CHILDREN AND GRANDCHILDREN (TOBACCO)**  
with Accidental Death Rider  
Grandchild coverage available through age 18.

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO  
Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18  
Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

23Mo14-C-M FFGA-T 1012 (exp0325)

| Issue Age | Premium  |          | Guaranteed Period |
|-----------|----------|----------|-------------------|
|           | \$25,000 | \$50,000 |                   |
| 17-20     | 17.25    | 32.25    | 71                |
| 21-22     | 18.00    | 33.75    | 71                |
| 23        | 18.75    | 35.25    | 72                |
| 24-25     | 19.25    | 36.25    | 71                |
| 26        | 19.75    | 37.25    | 72                |

**Indicates Spouse Coverage Available**

# SEGURO POR DISCAPACIDAD

American Fidelity | [www.americanfidelity.com](http://www.americanfidelity.com) | 1.800.654.8489

¿Alguna vez te preguntaste qué pasaría con tus ingresos si sufrieras una lesión accidental, enfermedad o embarazo? Es por esto que necesitas cobertura para discapacidad. Reemplaza una porción de tus ingresos durante el periodo que no puedas trabajar debido a esas razones. Puedes elegir el monto del beneficio, que es el monto de tus ingresos que debe ser reemplazado, y el periodo de espera antes de que comiences a recibir pagos.

¿Cómo decides si necesitas seguro por discapacidad? Considera estas preguntas cuando tomes tu decisión:

- ¿Cuánto tiempo tienes de licencia pagada por el empleador?
- ¿Tienes ahorros?
- ¿Tienes otros ingresos con los que puedas contar, como de tu cónyuge o de manutención de menores?
- ¿Cuánto te falta para jubilarte?
- ¿Podrías obtener discapacidad del seguro social o acceder a jubilación por discapacidad?
- ¿Cuáles son tus otras fuentes de ingresos?



# AF™ Long-Term Disability Income Insurance

San Angelo ISD

Marketed by:



EMPLOYER BENEFIT SOLUTIONS  
FOR YOUR INDUSTRY

## Focus on Recovery, Not Expenses

How would you cover your everyday expenses if you experienced an Injury or Sickness and couldn't work for a period of time? AF™ Long-Term Disability Income Insurance provides a steady benefit to cover everyday expenses while you are unable to work due to a covered Disability.

### Plan Highlights



#### Benefits are Payable Directly to You

You have the freedom to use the funds for your daily expenses such as: groceries, mortgage, daycare, etc.



#### Customized to Meet Your Individual Needs

You can select a benefit amount and elimination period that best meets your financial needs.



#### Return-to-Work Benefit

Employees may receive a partial benefit for going back to work part-time while still on Disability.

### Choose the Right Plan for You

**BENEFITS BEGIN** on the day of Disability due to a covered Injury or Sickness.

|          |                    |         |                  |
|----------|--------------------|---------|------------------|
| Plan I   | On the 1st/8th day | Plan IV | On the 61st day  |
| Plan II  | On the 15th day    | Plan V  | On the 91st day  |
| Plan III | On the 31st day    | Plan VI | On the 151st day |



**Injury** means physical harm or damage to the body you sustained which results directly from an accidental bodily Injury, is independent of disease or bodily infirmity; and takes place while your coverage is active.



**Sickness** means a disease or illness (including pregnancy). Disability must begin while your coverage is active.



**Hospital** - the term "Hospital" shall not include an institution used by you as a place for rehabilitation; a place for rest or for the aged; a nursing or convalescent home; a long-term nursing unit or geriatrics ward; or an extended care facility for the care of convalescent, rehabilitative, or ambulatory patients.



**Disability** or disabled for the first 24 months of Disability means that you are unable to perform the material and substantial duties of your regular occupation. After that, Disability means you are unable to perform the material and substantial duties of any gainful occupation for wage or profit for which you are reasonably qualified by training, education, or experience.

# Benefit Policy Schedule

Several benefit options are available to you. You may participate in the plan under any one of the benefit levels outlined below, provided the Monthly Disability Benefit level selected does not exceed 70% of your monthly compensation.

| Monthly Salary          | Monthly Disability Benefit | Accidental Death Benefit | Monthly Premiums |                |                 |                |               |                 |
|-------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|-----------------|
|                         |                            |                          | Plan I (1st/8th) | Plan II (15th) | Plan III (31st) | Plan IV (61st) | Plan V (91st) | Plan VI (151st) |
| \$286.00 - \$428.99     | \$200.00                   | \$20,000.00              | \$7.96           | \$5.68         | \$4.56          | \$3.88         | \$3.28        | \$2.44          |
| \$429.00 - \$571.99     | \$300.00                   | \$20,000.00              | \$11.94          | \$8.52         | \$6.84          | \$5.82         | \$4.92        | \$3.66          |
| \$572.00 - \$714.99     | \$400.00                   | \$20,000.00              | \$15.92          | \$11.36        | \$9.12          | \$7.76         | \$6.56        | \$4.88          |
| \$715.00 - \$857.99     | \$500.00                   | \$20,000.00              | \$19.90          | \$14.20        | \$11.40         | \$9.70         | \$8.20        | \$6.10          |
| \$858.00 - \$999.99     | \$600.00                   | \$20,000.00              | \$23.88          | \$17.04        | \$13.68         | \$11.64        | \$9.84        | \$7.32          |
| \$1,000.00 - \$1,142.99 | \$700.00                   | \$20,000.00              | \$27.86          | \$19.88        | \$15.96         | \$13.58        | \$11.48       | \$8.54          |
| \$1,143.00 - \$1,285.99 | \$800.00                   | \$20,000.00              | \$31.84          | \$22.72        | \$18.24         | \$15.52        | \$13.12       | \$9.76          |
| \$1,286.00 - \$1,428.99 | \$900.00                   | \$20,000.00              | \$35.82          | \$25.56        | \$20.52         | \$17.46        | \$14.76       | \$10.98         |
| \$1,429.00 - \$1,571.99 | \$1,000.00                 | \$20,000.00              | \$39.80          | \$28.40        | \$22.80         | \$19.40        | \$16.40       | \$12.20         |
| \$1,572.00 - \$1,714.99 | \$1,100.00                 | \$20,000.00              | \$43.78          | \$31.24        | \$25.08         | \$21.34        | \$18.04       | \$13.42         |
| \$1,715.00 - \$1,857.99 | \$1,200.00                 | \$20,000.00              | \$47.76          | \$34.08        | \$27.36         | \$23.28        | \$19.68       | \$14.64         |
| \$1,858.00 - \$1,999.99 | \$1,300.00                 | \$20,000.00              | \$51.74          | \$36.92        | \$29.64         | \$25.22        | \$21.32       | \$15.86         |
| \$2,000.00 - \$2,142.99 | \$1,400.00                 | \$20,000.00              | \$55.72          | \$39.76        | \$31.92         | \$27.16        | \$22.96       | \$17.08         |
| \$2,143.00 - \$2,285.99 | \$1,500.00                 | \$20,000.00              | \$59.70          | \$42.60        | \$34.20         | \$29.10        | \$24.60       | \$18.30         |
| \$2,286.00 - \$2,428.99 | \$1,600.00                 | \$20,000.00              | \$63.68          | \$45.44        | \$36.48         | \$31.04        | \$26.24       | \$19.52         |
| \$2,429.00 - \$2,571.99 | \$1,700.00                 | \$20,000.00              | \$67.66          | \$48.28        | \$38.76         | \$32.98        | \$27.88       | \$20.74         |
| \$2,572.00 - \$2,714.99 | \$1,800.00                 | \$20,000.00              | \$71.64          | \$51.12        | \$41.04         | \$34.92        | \$29.52       | \$21.96         |
| \$2,715.00 - \$2,857.99 | \$1,900.00                 | \$20,000.00              | \$75.62          | \$53.96        | \$43.32         | \$36.86        | \$31.16       | \$23.18         |
| \$2,858.00 - \$2,999.99 | \$2,000.00                 | \$20,000.00              | \$79.60          | \$56.80        | \$45.60         | \$38.80        | \$32.80       | \$24.40         |
| \$3,000.00 - \$3,142.99 | \$2,100.00                 | \$20,000.00              | \$83.58          | \$59.64        | \$47.88         | \$40.74        | \$34.44       | \$25.62         |
| \$3,143.00 - \$3,285.99 | \$2,200.00                 | \$20,000.00              | \$87.56          | \$62.48        | \$50.16         | \$42.68        | \$36.08       | \$26.84         |
| \$3,286.00 - \$3,428.99 | \$2,300.00                 | \$20,000.00              | \$91.54          | \$65.32        | \$52.44         | \$44.62        | \$37.72       | \$28.06         |
| \$3,429.00 - \$3,571.99 | \$2,400.00                 | \$20,000.00              | \$95.52          | \$68.16        | \$54.72         | \$46.56        | \$39.36       | \$29.28         |
| \$3,572.00 - \$3,714.99 | \$2,500.00                 | \$20,000.00              | \$99.50          | \$71.00        | \$57.00         | \$48.50        | \$41.00       | \$30.50         |
| \$3,715.00 - \$3,857.99 | \$2,600.00                 | \$20,000.00              | \$103.48         | \$73.84        | \$59.28         | \$50.44        | \$42.64       | \$31.72         |
| \$3,858.00 - \$3,999.99 | \$2,700.00                 | \$20,000.00              | \$107.46         | \$76.68        | \$61.56         | \$52.38        | \$44.28       | \$32.94         |
| \$4,000.00 - \$4,142.99 | \$2,800.00                 | \$20,000.00              | \$111.44         | \$79.52        | \$63.84         | \$54.32        | \$45.92       | \$34.16         |
| \$4,143.00 - \$4,285.99 | \$2,900.00                 | \$20,000.00              | \$115.42         | \$82.36        | \$66.12         | \$56.26        | \$47.56       | \$35.38         |
| \$4,286.00 - \$4,428.99 | \$3,000.00                 | \$20,000.00              | \$119.40         | \$85.20        | \$68.40         | \$58.20        | \$49.20       | \$36.60         |
| \$4,429.00 - \$4,571.99 | \$3,100.00                 | \$20,000.00              | \$123.38         | \$88.04        | \$70.68         | \$60.14        | \$50.84       | \$37.82         |
| \$4,572.00 - \$4,714.99 | \$3,200.00                 | \$20,000.00              | \$127.36         | \$90.88        | \$72.96         | \$62.08        | \$52.48       | \$39.04         |
| \$4,715.00 - \$4,857.99 | \$3,300.00                 | \$20,000.00              | \$131.34         | \$93.72        | \$75.24         | \$64.02        | \$54.12       | \$40.26         |
| \$4,858.00 - \$4,999.99 | \$3,400.00                 | \$20,000.00              | \$135.32         | \$96.56        | \$77.52         | \$65.96        | \$55.76       | \$41.48         |
| \$5,000.00 - \$5,142.99 | \$3,500.00                 | \$20,000.00              | \$139.30         | \$99.40        | \$79.80         | \$67.90        | \$57.40       | \$42.70         |
| \$5,143.00 - \$5,285.99 | \$3,600.00                 | \$20,000.00              | \$143.28         | \$102.24       | \$82.08         | \$69.84        | \$59.04       | \$43.92         |
| \$5,286.00 - \$5,428.99 | \$3,700.00                 | \$20,000.00              | \$147.26         | \$105.08       | \$84.36         | \$71.78        | \$60.68       | \$45.14         |
| \$5,429.00 - \$5,571.99 | \$3,800.00                 | \$20,000.00              | \$151.24         | \$107.92       | \$86.64         | \$73.72        | \$62.32       | \$46.36         |

# Benefit Policy Schedule (continued)

| Monthly Salary            | Monthly Disability Benefit | Accidental Death Benefit | Monthly Premiums |                |                 |                |               |                 |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|-----------------|
|                           |                            |                          | Plan I (1st/8th) | Plan II (15th) | Plan III (31st) | Plan IV (61st) | Plan V (91st) | Plan VI (151st) |
| \$5,572.00 - \$5,714.99   | \$3,900.00                 | \$20,000.00              | \$155.22         | \$110.76       | \$88.92         | \$75.66        | \$63.96       | \$47.58         |
| \$5,715.00 - \$5,857.99   | \$4,000.00                 | \$20,000.00              | \$159.20         | \$113.60       | \$91.20         | \$77.60        | \$65.60       | \$48.80         |
| \$5,858.00 - \$5,999.99   | \$4,100.00                 | \$20,000.00              | \$163.18         | \$116.44       | \$93.48         | \$79.54        | \$67.24       | \$50.02         |
| \$6,000.00 - \$6,142.99   | \$4,200.00                 | \$20,000.00              | \$167.16         | \$119.28       | \$95.76         | \$81.48        | \$68.88       | \$51.24         |
| \$6,143.00 - \$6,285.99   | \$4,300.00                 | \$20,000.00              | \$171.14         | \$122.12       | \$98.04         | \$83.42        | \$70.52       | \$52.46         |
| \$6,286.00 - \$6,428.99   | \$4,400.00                 | \$20,000.00              | \$175.12         | \$124.96       | \$100.32        | \$85.36        | \$72.16       | \$53.68         |
| \$6,429.00 - \$6,571.99   | \$4,500.00                 | \$20,000.00              | \$179.10         | \$127.80       | \$102.60        | \$87.30        | \$73.80       | \$54.90         |
| \$6,572.00 - \$6,714.99   | \$4,600.00                 | \$20,000.00              | \$183.08         | \$130.64       | \$104.88        | \$89.24        | \$75.44       | \$56.12         |
| \$6,715.00 - \$6,857.99   | \$4,700.00                 | \$20,000.00              | \$187.06         | \$133.48       | \$107.16        | \$91.18        | \$77.08       | \$57.34         |
| \$6,858.00 - \$6,999.99   | \$4,800.00                 | \$20,000.00              | \$191.04         | \$136.32       | \$109.44        | \$93.12        | \$78.72       | \$58.56         |
| \$7,000.00 - \$7,142.99   | \$4,900.00                 | \$20,000.00              | \$195.02         | \$139.16       | \$111.72        | \$95.06        | \$80.36       | \$59.78         |
| \$7,143.00 - \$7,285.99   | \$5,000.00                 | \$20,000.00              | \$199.00         | \$142.00       | \$114.00        | \$97.00        | \$82.00       | \$61.00         |
| \$7,286.00 - \$7,428.99   | \$5,100.00                 | \$20,000.00              | \$202.98         | \$144.84       | \$116.28        | \$98.94        | \$83.64       | \$62.22         |
| \$7,429.00 - \$7,571.99   | \$5,200.00                 | \$20,000.00              | \$206.96         | \$147.68       | \$118.56        | \$100.88       | \$85.28       | \$63.44         |
| \$7,572.00 - \$7,714.99   | \$5,300.00                 | \$20,000.00              | \$210.94         | \$150.52       | \$120.84        | \$102.82       | \$86.92       | \$64.66         |
| \$7,715.00 - \$7,857.99   | \$5,400.00                 | \$20,000.00              | \$214.92         | \$153.36       | \$123.12        | \$104.76       | \$88.56       | \$65.88         |
| \$7,858.00 - \$7,999.99   | \$5,500.00                 | \$20,000.00              | \$218.90         | \$156.20       | \$125.40        | \$106.70       | \$90.20       | \$67.10         |
| \$8,000.00 - \$8,142.99   | \$5,600.00                 | \$20,000.00              | \$222.88         | \$159.04       | \$127.68        | \$108.64       | \$91.84       | \$68.32         |
| \$8,143.00 - \$8,285.99   | \$5,700.00                 | \$20,000.00              | \$226.86         | \$161.88       | \$129.96        | \$110.58       | \$93.48       | \$69.54         |
| \$8,286.00 - \$8,428.99   | \$5,800.00                 | \$20,000.00              | \$230.84         | \$164.72       | \$132.24        | \$112.52       | \$95.12       | \$70.76         |
| \$8,429.00 - \$8,571.99   | \$5,900.00                 | \$20,000.00              | \$234.82         | \$167.56       | \$134.52        | \$114.46       | \$96.76       | \$71.98         |
| \$8,572.00 - \$8,713.99   | \$6,000.00                 | \$20,000.00              | \$238.80         | \$170.40       | \$136.80        | \$116.40       | \$98.40       | \$73.20         |
| \$8,714.00 - \$8,856.99   | \$6,100.00                 | \$20,000.00              | \$242.78         | \$173.24       | \$139.08        | \$118.34       | \$100.04      | \$74.42         |
| \$8,857.00 - \$8,999.99   | \$6,200.00                 | \$20,000.00              | \$246.76         | \$176.08       | \$141.36        | \$120.28       | \$101.68      | \$75.64         |
| \$9,000.00 - \$9,142.99   | \$6,300.00                 | \$20,000.00              | \$250.74         | \$178.92       | \$143.64        | \$122.22       | \$103.32      | \$76.86         |
| \$9,143.00 - \$9,285.99   | \$6,400.00                 | \$20,000.00              | \$254.72         | \$181.76       | \$145.92        | \$124.16       | \$104.96      | \$78.08         |
| \$9,286.00 - \$9,428.99   | \$6,500.00                 | \$20,000.00              | \$258.70         | \$184.60       | \$148.20        | \$126.10       | \$106.60      | \$79.30         |
| \$9,429.00 - \$9,570.99   | \$6,600.00                 | \$20,000.00              | \$262.68         | \$187.44       | \$150.48        | \$128.04       | \$108.24      | \$80.52         |
| \$9,571.00 - \$9,713.99   | \$6,700.00                 | \$20,000.00              | \$266.66         | \$190.28       | \$152.76        | \$129.98       | \$109.88      | \$81.74         |
| \$9,714.00 - \$9,856.99   | \$6,800.00                 | \$20,000.00              | \$270.64         | \$193.12       | \$155.04        | \$131.92       | \$111.52      | \$82.96         |
| \$9,857.00 - \$9,999.99   | \$6,900.00                 | \$20,000.00              | \$274.62         | \$195.96       | \$157.32        | \$133.86       | \$113.16      | \$84.18         |
| \$10,000.00 - \$10,142.99 | \$7,000.00                 | \$20,000.00              | \$278.60         | \$198.80       | \$159.60        | \$135.80       | \$114.80      | \$85.40         |
| \$10,143.00 - \$10,285.99 | \$7,100.00                 | \$20,000.00              | \$282.58         | \$201.64       | \$161.88        | \$137.74       | \$116.44      | \$86.62         |
| \$10,286.00 - \$10,428.99 | \$7,200.00                 | \$20,000.00              | \$286.56         | \$204.48       | \$164.16        | \$139.68       | \$118.08      | \$87.84         |
| \$10,429.00 - \$10,570.99 | \$7,300.00                 | \$20,000.00              | \$290.54         | \$207.32       | \$166.44        | \$141.62       | \$119.72      | \$89.06         |
| \$10,571.00 - \$10,713.99 | \$7,400.00                 | \$20,000.00              | \$294.52         | \$210.16       | \$168.72        | \$143.56       | \$121.36      | \$90.28         |
| \$10,714.00 - \$10,856.99 | \$7,500.00                 | \$20,000.00              | \$298.50         | \$213.00       | \$171.00        | \$145.50       | \$123.00      | \$91.50         |

\*Higher benefit amounts available up to a maximum Monthly Disability Benefit of \$10,000.

# Plan Benefit Highlights

## Maximum Benefit Period

Benefits are payable up to the period of time shown in the chart below, based on your age as of the Disability date for when a covered Injury or Sickness begins.

| Age              | Maximum Benefit Period                            |
|------------------|---|
| Less than age 60 | To Social Security Normal Retirement Age (SSNRA)* |
| 60               | 60 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 61               | 48 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 62               | 42 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 63               | 36 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 64               | 30 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 65               | 24 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 66               | 21 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 67               | 18 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| 68               | 15 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |
| Age 69 or older  | 12 months, or to SSNRA*, whichever is greater     |

\*Age at which you are entitled to unreduced Social Security benefits based on current Social Security Amendments.

## Social Security Filing Assistance

If you are a candidate for social security Disability benefits, we can assist you with the application and appeal process.

## When Coverage Begins

Certificates will become effective on the requested effective date following the date we approve the application, provided you are on active employment and premium has been paid.

## Physician Expense Benefit

Injury - \$100.00 per Injury  
Sickness - \$50.00

If you need personal treatment by a physician due to an Injury or Sickness, we will pay the amount shown above provided no other claim has been paid under the policy. This benefit will be paid for Sickness only if the treatment is received during one full day of Disability during which you missed one full day of work. To be eligible for more than one payment for the same or related condition due to Sickness, you must have returned to work for at least 14 consecutive scheduled workdays. You are not required to miss one full day of work in order to receive the Injury Benefit.

## Accidental Death Benefit

A lump sum of \$20,000 will be paid to your designated beneficiary if you die as the direct result of an Injury within 90 days after the Injury.

## Hospital Confinement Benefit

A Hospital Confinement Benefit will be paid each day you are confined as a patient in a Hospital due to an Injury or Sickness, for up to 60 days. The amount payable is 1 times the Disability Benefit which will be pro-rated on a daily basis. This benefit will not be reduced by Deductible Sources of Income. The Hospital confinement must be at least 18 continuous hours in duration. This benefit will begin after you've met your elimination period.

## Survivor Benefit

A lump sum benefit equal to 3 times the Disability payment will be paid if on the date of your death your Disability had continued for 90 or more consecutive days and you were receiving or entitled to receive Disability payments. The Survivor Benefit may be paid earlier if you have a terminal illness.

## Waiver of Premium

No premium payments are required while you are receiving payments under the plan after Disability payments have been received for 90 consecutive days. We will require proof annually that you remain Disabled during that time.

## Donor Benefit

If you are Disabled as a result of being an organ or tissue donor, we will pay your benefit as any other Sickness under the terms of the plan.



## Offsets With Other Sources of Income

Deductible Sources of Income include:

- Other group Disability income.
- Governmental or other retirement system, whether due to Disability, normal retirement or voluntary election of retirement benefits.
- United States Social Security Act or similar plan or act, including any amounts due your dependent(s) on account of your Disability.
- State Disability.
- Unemployment compensation.
- Workers' Compensation law, occupational disease law or any similar act or law.
- Sick leave or other salary or wage continuance plans provided by the employer which extend beyond 365 calendar days from the date of Disability.

We reserve the right to estimate these Deductible Sources of Income that you may receive as defined in your certificate.

## Minimum Disability Benefit

The Minimum Disability Benefit is 10% of the Monthly Disability Benefit or \$100.00, whichever is greater.

## If You Are Disabled Due to a Covered Disability and Not Working

For the first 12 months you are Disabled due to a covered Disability and not working, we will pay the disability benefit described in the benefit schedule. After 12 months, your disability payment will be the disability benefit described in the benefit schedule less any deductible sources of income you receive or are entitled to receive. No Disability payment will be provided for any period in which you are not under the regular and appropriate care of a physician.

## Return To Work Incentives: Disabled and Working

If you are Disabled and working, you may be eligible to continue to receive a percentage of your Disability payment in addition to your Disability earnings. If your Disability earnings exceed 80% of your monthly compensation, payments will stop and your claim will end.

- **Worksite Accommodation**

As a part of our claims evaluation process, if worksite modifications may assist your return to work, we will evaluate your claim for appropriate action.

## Mental Illness Limited Benefit

If you are Disabled due to a mental illness, benefits will be provided for up to 2 years, not to exceed the maximum Disability period.

## Alcoholism and Drug Addiction Limited Benefit

If you are Disabled due to alcoholism or drug addiction, a limited benefit of up to 2 years for each Disability will be paid. Benefits will not be paid beyond the maximum benefit period. If drug addiction is sustained at the hands of, or while under the regular and appropriate care of a physician in the course of treatment for Injury or Sickness, it will be covered the same as any other Sickness.

## Pre-Existing Condition Limitation

A limited benefit up to 1 month's Disability Benefit will be payable for Disability due to a Pre-Existing Condition. This provision will not apply if you have: gone treatment-free; incurred no expense; taken no medication; and received no diagnosis or advice from a physician, for 12 consecutive months for such condition(s).

This limitation will not apply to a Disability resulting from a Pre-Existing Condition that begins after you have been continuously covered under the policy for 12 months.

Any increase in benefits will be subject to this Pre-Existing Condition limitation. A new Pre-Existing Condition period must be met with respect to any increase applied for and approved by us.

**Pre-Existing Condition** means a disease, Injury, Sickness, physical condition or mental illness for which you: had treatment; incurred expense; took medication; received care or services including diagnostic testing or related measures; or received a diagnosis or advice from a physician, during the 3 month period immediately before your effective date of coverage. The term Pre-Existing Condition will also include conditions which are related to such disease, Injury, Sickness, physical condition, or mental illness.

# Benefit Riders and Limitations

## Hospital Indemnity Limited Benefit Rider

This rider is designed to pay a daily benefit amount for a Hospital Confinement, up to a maximum of 90 days, if you are confined to a Hospital.

Benefits are not payable for Injury or Sickness incurred in the first 12 months of coverage due to a Pre-Existing Condition as defined in the base policy. Patient must be confined to a Hospital for a minimum of 18 hours and charged room and board.

| Daily Benefit | Monthly Premium |
|---------------|-----------------|
| \$100.00      | \$6.00          |
| \$150.00      | \$9.00          |



## Spousal Accident Only Disability Benefit Rider

This rider is designed to provide a monthly benefit if your Spouse suffers a Disability due to a non-occupational accident.

Pays a monthly benefit amount to you for your Spouse who is Disabled as a result of a non-occupational accident. Benefits begin on the 31st consecutive day after the Injury and will continue for up to two years.

| Monthly Benefit Amount | Annual Salary             | Monthly Premium |
|------------------------|---------------------------|-----------------|
| \$500.00               | up to \$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 and over      | \$16.00         |

## COBRA Funding Rider

This rider is designed to help cover the cost of COBRA premiums if you elect COBRA coverage while you are receiving Disability Benefits.

In order to receive benefits under this rider, you must: be receiving benefits under your Disability base plan; elect medical COBRA coverage; and be paying medical COBRA premiums. This benefit will pay up to the end of the Disability benefit period or to the end of your medical COBRA benefit period, whichever occurs first.

| Monthly Benefit Amount | Monthly Premium |
|------------------------|-----------------|
| \$300.00               | \$4.50          |
| \$400.00               | \$6.00          |
| \$500.00               | \$7.50          |
| \$600.00               | \$9.00          |

## Critical Illness Benefit Rider

This rider is designed to provide a lump sum benefit based on diagnosis of a certain Critical Illness.

Benefits are payable at a one-time lump sum benefit amount based on diagnosis of the following conditions heart attack, stroke, kidney failure, paralysis, or major organ failure. In the case of heart attack, a physician must make the diagnosis and treatment must occur within 72 hours of the onset of symptoms.

| Benefit Amount | Monthly Premium |
|----------------|-----------------|
| \$10,000.00    | \$9.80          |
| \$15,000.00    | \$13.18         |
| \$20,000.00    | \$16.56         |
| \$25,000.00    | \$19.94         |

# Benefit Rider Limitations and Exclusions

## Hospital Indemnity Limited Benefit Rider

The Hospital Confinement Benefit will not be payable for an Injury or Sickness incurred in the first 12 months of coverage if the Injury or Sickness is caused by or resulting from a Pre-Existing Condition as defined in the policy. In addition to the exclusions listed in the policy, no benefits will be payable under this rider for any Hospital confinement that is caused by or resulting from mental illness or drug or alcohol abuse. Benefits are reduced by 50% at age 70. Successive Hospital stays will be considered as one confinement if they are separated by less than 90 days of confinement to a Hospital.

The term "Hospital" shall not include an institution used by you as a place for rehabilitation; a place for rest or for the aged; a nursing or convalescent home; a long-term nursing unit or geriatrics ward; or as an extended care facility for the care of convalescent, rehabilitative, or ambulatory patients.

## Critical Illness Benefit Rider

The Critical Illness Benefit rider will not be payable for any loss caused by or resulting from: a Critical Illness when the date of diagnosis occurs during the waiting period; a Critical Illness diagnosed outside of the United States; or a Sickness or Injury not specifically defined in this Rider.

No Critical Illness Benefit will be payable for a Critical Illness which is caused by or resulting from a Pre-Existing Condition when the Critical Illness date of diagnosis occurs before you have been continuously covered under this rider for 12 consecutive months. Following 12 consecutive months this exclusion does not apply.

Pre-Existing Condition means a disease, Injury, Sickness, physical condition or mental illness for which you have experienced any of the following: treatment; incurred expense; took medication; received care or services including diagnostic testing or related measures; or received a diagnosis or advice from a physician, during the 12-month period immediately before the effective date of this rider. The term Pre-Existing Condition will also include conditions which are related to such disease, Injury, Sickness, physical condition or mental illness. Benefits reduce by 50% at age 70. No benefits will be paid for a Critical Illness when the date of diagnosis occurs during the Critical Illness waiting period. The waiting period is 30 days from the effective date of this rider.

## COBRA Funding Benefit Rider

Proof of election of medical COBRA continuation must be provided to American Fidelity. Proof of continued medical COBRA participation will be required before benefits are paid under this rider. Your employment must have terminated for the benefit to be payable.

## Spousal Accident Only Disability Benefit Rider

This rider does not provide benefits for your Spouse for any Disability, fatal or non-fatal, which results from any of the following: intentionally self-inflicted Injury while sane or insane; an act of war, declared or undeclared; Injury sustained or contracted while in the service of the armed forces of any country; committing a felony; penal incarceration. American Fidelity will not pay benefits during any period for which your Spouse is incarcerated in a penal or correctional institution or for any Injury that occurs while your Spouse is incarcerated in a penal or correctional institution; Injury arising out of and in the course of any occupation for wage or profit or for which your Spouse is entitled to Workers' Compensation. The term "entitled to Workers' Compensation" shall also include Workers' Compensation claim settlements which occur via compromise and release. Further, no benefits will be paid under this policy for any period during which your Spouse is entitled to Workers' Compensation benefits; participation in any sport for wage or profit; participation in any contest of speed in a power driven vehicle for wage or profit.

Spouse means the person you are lawfully married to who is less than age 70. Your spouse must be engaged in Full Time Employment for benefits to be payable. Full Time Employment means your spouse is employed an average of 25 or more hours per week for pay or benefits. Full Time Employment does not include any hours your spouse is working while self-employed. No benefits are payable for your Spouse under this rider for a Disability from an Injury that occurred outside of the United States or its territories. No benefit will be provided for any period in which your Spouse is not under the regular and appropriate care of a physician. No benefits will be paid for any Injury to your Spouse which is caused by or resulting from Spousal abuse.

Your coverage with respect to the riders listed above will end on the earliest of these dates: the end of the last period for which premium has been paid; the date you notify us in writing to terminate coverage; the date the rider is discontinued; the date the policy is discontinued; or the date your employment terminates.

Availability of riders may vary by state, employer and short-term coverage with a benefit period of less than 12 months. Additional riders are subject to our general underwriting guidelines and coverage is not guaranteed. Riders have limitations, exclusions, and waiting periods. Refer to your policy for complete details. These riders will terminate on the same date as the policy or certificate to which it is attached.

## Policy Exclusions

The policy does not cover any loss, fatal or non-fatal, resulting from:

- Intentionally self-inflicted Injury while sane or insane.
- An act of war, declared or undeclared.
- Injury sustained or Sickness contracted while in the service of the armed forces of any country.
- Committing a felony.
- Penal incarceration. We will not pay benefits for Disability or any other loss during any period for which you are incarcerated in a penal or correctional institution for a period of 30 consecutive days or longer.

Your coverage may be extended for up to 1 year during a leave of absence approved in writing by your employer. Coverage will continue as long as the group policy remains in force, the premiums are paid and you remain eligible for the coverage under the policy. Your coverage will end when you no longer qualify as an insured, you retire, you are not on active employment, or your employment terminates. Your coverage can be terminated on any premium due date with 31 days advance notice. If premium rates are increased, we will provide a 60 day advance notice.



### Your benefits, all in one place.

Manage your American Fidelity benefits and reimbursement accounts through your online account or the AFmobile® app.

*Pre-Existing Conditions may apply.*

*This brochure highlights important features of the policy.  
Please refer to your certificate for complete details.*



Underwritten and Administered by:  
American Fidelity Assurance Company  
800-662-1113 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)



## Seguro Grupal de Cáncer de AF™

## Concéntrese en combatirlo.

Un diagnóstico de cáncer puede ser devastador física y emocionalmente. Pero gracias a los avances de la medicina y los procedimientos para tratar el cáncer, cada vez son más las personas que derrotan la enfermedad. Sin embargo, la llegada de estos avances también viene acompañada del continuo aumento de los costos de los tratamientos oncológicos.

El **Seguro Grupal de Cáncer con Beneficios Limitados de AF™** ofrece una solución para que usted y su familia se concentren en luchar contra la enfermedad.

### ¿Sabe que...

en Estados Unidos se diagnostican 4.626 nuevos casos de cáncer por día?

American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2017; página 4

## Aspectos Destacados del Plan

- **Ayuda a cubrir los gastos**  
del tratamiento contra el cáncer, del transporte, la internación y otros más.
- **El pago de los beneficios va directamente a usted**  
para que use el dinero como mejor le parezca.
- **Es un plan portátil y lo puede llevar consigo**  
aunque deje el empleo.
- **Opciones de cobertura**  
para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años

## Beneficios del Seguro de Cáncer

Con más de 25 beneficios diseñados especialmente para ayudarlo a enfrentar el impacto financiero del diagnóstico, el **Seguro Grupal de Cáncer de AF™** puede ayudarlo a pagar los gastos que no cubre su seguro médico principal.

### Ejemplo de beneficios del seguro de cáncer:



#### Diagnóstico y prevención

Beneficio anual para ayudarlo a pagar los análisis o estudios de detección asegurados. Este beneficio solo califica para nuestro AFQuickClaims®



#### Gastos de viaje

Este beneficio puede ayudarlo a pagar determinados gastos de transporte y alojamiento del paciente y su familia.

**AMERICAN  
FIDELITY**   
a different opinion

# Elija su cobertura

| BENEFICIOS DE LOS TRATAMIENTOS   | BÁSICO   | SUPERIOR PLUS  |
|--|--|--|
| Beneficio de Radioterapia / Quimioterapia / Inmunoterapia (por período de 12 meses) (Cargos reales)  | \$10.000   | \$15.000   |
| Beneficio de Trabajo Administrativo / de Laboratorio (por mes calendario)  | \$50   | \$75   |
| Beneficio de Terapia Hormonal (por tratamiento - máximo 12 tratamientos / año calendario)  | \$50   | \$50   |
| Beneficio de Tratamiento Experimental  | Se paga de la misma manera y según los mismos valores máximos que cualquier otro tratamiento |  |
| Beneficio de Sangre, Plasma y Plaquetas (Básico \$ 10.000, Superior Plus \$ 15.000, máximo por año calendario)   | \$200/día  | \$300/día  |
| Beneficio de Diagnóstico por Imágenes (por imagen, máximo 2 por año calendario)  | \$200  | \$300  |
| Beneficio de Cirugía   | \$20 unidad quirúrgica / máx. por operación: \$2.000   | \$40 unidad quirúrgica / máx. por operación: \$4.000 |
| Beneficios de Anestesia  | 25% del monto pagado por una cirugía asegurada   |  |
| Beneficio de Segunda y Tercera Opinión Quirúrgica (por diagnóstico)  | \$300  | \$300  |
| Beneficio de Paciente Externo en Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio  | \$200/día de cirugía   | \$600/día de cirugía                                 |
| Beneficio de Trasplante de Médula Ósea o Células Madre   |  |  |
| Provistas por el paciente (por año calendario)   | \$500  | \$1.500  |
| Provistas por el donante (por año calendario)  | \$1.500  | \$4.500  |
| Beneficio de Prótesis y Órtesis y Servicios Relacionados   |  |  |
| Quirúrgica (1 por sitio, máximo 2 en la vida / asegurado)  | \$1.000  | \$2.000  |
| No Quirúrgica (1 por sitio, máximo 3 en la vida / asegurado)   | \$100  | \$200  |
| Prótesis capilar (una en la vida)  | \$100  | \$200  |
| Beneficio de Internación Hospitalaria  |  |  |
| Día 1-30   | \$100/día  | \$300/día  |
| Día 31+  | \$200/día  | \$600/día  |
| Beneficio de Hospital de Beneficencia / del Gobierno de los EE.UU. (se paga en lugar de la mayoría de los beneficios) (como paciente ambulatorio y paciente internado) | \$100/día  | \$300/día  |
| Beneficio de Atención en Unidad de Cuidados Extensivos (hasta el mismo número de días de internación hospitalaria pagada)  | \$100/día  | \$300/día  |
| Beneficio de Atención Médica en el Hogar (hasta el mismo número de días de internación hospitalaria pagada)  | \$100/día  | \$300/día  |
| Beneficio de Atención en Centro de Cuidados Paliativos (Máx. \$18.000 en la vida para Básico; \$54.000 en la vida para SuperiorPlus)                                   | \$100/día  | \$300/día  |
| Beneficio de Enfermería Especializada para Pacientes Internados  | \$100/día  | \$300/día  |
| Beneficio por Enfermedad Grave (se paga por día mientras el paciente está internado)   |  |  |
| Día 1-30   | \$100/día  | \$300/día  |
| Día 31+  | \$200/día  | \$600/día  |

| BENEFICIOS DE LOS TRATAMIENTOS   | BÁSICO  | SUPERIOR PLUS                               |
|--|---|---|
| Beneficio del Donante  | \$1.000/por donación                              |   |
| Beneficio de Drogas y Medicamentos   |   |   |
| Paciente internado (pagadero por internación)  | \$50  | \$200                                       |
| Paciente ambulatorio (\$ 50 por receta / mes calendario, hasta el máximo indicado).  | \$50  | \$100                                       |
| Beneficio de Médico Tratante (mientras el paciente está internado)   | \$50/día  | \$50/día                                    |
| Beneficio de Transporte y Alojamiento (Paciente y Familiar)  |   |   |
| Transporte (máx. \$1.500 ida y vuelta; máx. 12 viajes / año calendario)  | Tarifa económica o \$0,50 por milla en auto       | Tarifa económica o \$0,50 por milla en auto |
| Alojamiento (por día, hasta 90 días por año calendario)  | \$50  | \$75  |
| Beneficio de Ambulancia  |   |   |
| Terrestre (por viaje, hasta 2 viajes por internación)  | \$200   | \$200                                       |
| Aérea (por viaje, hasta 2 viajes por internación)  | \$2.000   | \$2.000                                     |
| Beneficio de Kinesioterapia o Fonoaudiología (por visita, hasta 4 por mes calendario - máximo \$1.000 en la vida)                                | \$50  | \$50  |
| Beneficio de Diagnóstico y Prevención (uno por año calendario)   | \$25  | \$75  |
| Beneficio de Seguimiento de la Detección del Cáncer (uno por año calendario)   | \$25  | \$75  |
| Exención del Pago de la Prima (sólo para el empleado)  | Después de 90 días de discapacidad ininterrumpida |   |
| Beneficio de Diagnóstico de Cáncer Interno (se paga una vez en la vida, por Asegurado; los beneficios se reducen al 50% a los 70 años)           | \$2.500   | \$5.000                                     |
| Beneficio de Diagnóstico de Ataque Cardíaco o ACV (se paga una vez en la vida, por Asegurado; los beneficios se reducen al 50% a los 70 años)    | N/D   | \$5.000                                     |
| Beneficio de Unidad de Cuidados Intensivos Hospitalarios (por día; máximo 30 días / internación; los beneficios se reducen al 50% a los 70 años) |   | \$600                                       |
| Ambulance  |   | \$100                                       |

Salvo especificación en contrario, los beneficios son por el monto de indemnización específico detallado en el programa de beneficios que antecede y están sujetos a los máximos vigentes. Remítase a los Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan, donde encontrará descripciones más completas de los beneficios y las limitaciones del Plan de Seguro de Cáncer.

## Prima Mensual

|            | BÁSICO  | SUPERIOR PLUS |
|------------|---------|---------------|
| Individual | \$15,80 | \$31,62       |
| Familiar   | \$26,86 | \$53,80       |

La prima y el monto de los beneficios otorgados varían según el plan seleccionado.

# Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan

**Sólo siniestros por cáncer.** Salvo indicación en contrario, los beneficios se pagan solo por los siniestros resultantes de un diagnóstico definitivo o tratamiento de cáncer, incluidos la extensión directa, la diseminación metastásica o la recurrencia. Para respaldar el reclamo de pago de indemnización del siniestro deberá presentarse una constancia. La Póliza también cubre otras patologías o enfermedades directamente causadas por el cáncer o su tratamiento. La Póliza no cubre otras enfermedades, trastornos o discapacidades, aun cuando, después de contraer cáncer, pueden haberse visto agravadas o afectadas por la enfermedad o su tratamiento, excepto las enfermedades específicamente aseguradas conforme al Beneficio por Enfermedad Grave o el Beneficio de Atención en Unidad de Cuidados Intensivos Hospitalarios; ni el Beneficio de Diagnóstico de Ataque Cardíaco o ACV, si estuviera incluido.

**Cáncer** significa una enfermedad que se manifiesta por el crecimiento autónomo (malignidad) en el que hay crecimiento, función o diseminación (local o a distancia) descontrolados de células en cualquier parte del cuerpo. Esta definición incluye el carcinoma in situ y el melanoma maligno. No incluye otras enfermedades que pueden considerarse precancerosas o con potencial de malignizarse, tales como la leucoplasia, hiperplasia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), policitemia, queratosis actínica, anemia aplásica, atipia, gamopatía monoclonal no maligna, ni las lesiones premalignas, los tumores benignos o los pólipos.

Ese cáncer debe ser diagnosticado positivamente por un médico legalmente matriculado y certificado por el Consejo Estadounidense de Patología o el Consejo Estadounidense de Patología Osteopática. La interpretación patológica de la histología de las lesiones en piel será aceptada por dermatólogos certificados por el Consejo Estadounidense de Dermatopatología. El diagnóstico deberá realizarse mediante examen microscópico de tejido fijo o preparaciones a partir del sistema hematológico (durante la vida del paciente o posmortem). El patólogo que establezca el diagnóstico fundará su opinión únicamente en los criterios de malignidad aceptados por el Consejo Estadounidense de Patología o el Consejo de Patología Osteopática después del estudio de la arquitectura histocitológica o del patrón del presunto tumor, tejido y/o muestra.

**Beneficio de Radioterapia, Quimioterapia o Inmunoterapia.** Pagaremos los cargos reales hasta el monto que figura en el programa de beneficios por un período de 12 meses. Si la Constancia del Siniestro respecto de los cargos reales del tratamiento no se presenta, pagaremos el monto diario que figura en su certificado por cada día de tratamiento que se reciba, hasta los cargos reales máximos por un período de 12 meses. Cuando recibamos la Constancia del Siniestro con los cargos reales, pagaremos la diferencia, hasta el máximo del período de 12 meses. Los gastos reales son los montos realmente pagados por el Asegurado o en su nombre y aceptados por el proveedor de los servicios brindados.

Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados tales como la planificación del tratamiento, gestión del tratamiento o consulta, diseño y construcción de dispositivos para el tratamiento, cálculo de dosimetría de radiación, pruebas de laboratorio, rayos x, ecografías, suministros y equipamiento médicos empleados en la administración de la medicación (soluciones intravenosas, agujas, vendas y apósitos, bombas, catéteres, etc.).

**Beneficio de Trabajo Administrativo y de Laboratorio.** Se paga únicamente si el Asegurado también recibe el Beneficio de Radioterapia, Quimioterapia o Inmunoterapia durante el mismo mes calendario.

**Beneficio de Terapia Hormonal.** Las drogas y medicamentos cubiertos por este Beneficio o el Beneficio de Radioterapia, Quimioterapia o Inmunoterapia no están incluidos. Este beneficio no cubre los procesos administrativos asociados.

**Beneficio de Tratamiento Experimental.** Los beneficios por tratamiento experimental indicado por un médico para el tratamiento del cáncer se otorgarán de la misma manera que los beneficios para tratamiento no experimental. No se brinda cobertura a los tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

**Beneficio de Sangre, Plasma y Plaquetas.** Los procesos de laboratorio no están incluidos. Los factores estimuladores de colonias no están cubiertos. Los beneficios de sangre, plasma y plaquetas sólo se otorgan conforme a este beneficio.

**Beneficio de Diagnóstico por Imágenes.** Se paga a un Asegurado a quien se diagnosticó cáncer y se sometió a una RM, TC, TAC, PET o Prueba de Captación de Yodo Reactivo (tiroides) cuando se realizó por orden médica.

**Beneficio de Cirugía.** Se paga cuando se realiza un procedimiento

quirúrgico al asegurado por un cáncer, cáncer de piel o cirugía reconstructiva por cáncer diagnosticado. Los beneficios se calculan multiplicando el valor unitario de la cirugía asignado al procedimiento, que figura en la Tabla de Valores Relativos más actuales del Médico, por el monto unitario en dólares que figura en el programa de beneficios de su certificado. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarán como una sola operación y los beneficios se limitarán al procedimiento más caro. Las cirugías diagnósticas que den como resultado un diagnóstico negativo de Cáncer no están cubiertas por este beneficio. Tampoco están incluidas en este beneficio las cirugías de médula ósea, las practicadas para implantar una prótesis permanente y las requeridas para la administración de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia.

**Beneficio de Anestesia.** No están cubiertos los servicios de anestesiista por cáncer de piel o implante quirúrgico de prótesis.

**Beneficio de Segunda y Tercera Opinión Quirúrgica.** Se paga una vez por diagnóstico de cáncer por una segunda opinión quirúrgica y por una tercera si la segunda no concuerda con la primera. Las opiniones quirúrgicas sobre cirugía reconstructiva, por cáncer de piel o protésicas no están cubiertas.

**Beneficio de Paciente Externo en Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio.** Los procedimientos quirúrgicos por cáncer de piel no están cubiertos.

**Beneficio de Trasplante de Médula Ósea o Células Madre.** Este beneficio no cubre la recolección de médula ósea o células madre del donante.

**Beneficio de Prótesis y Órtesis y Servicios Relacionados.** Se paga por un dispositivo protésico u ortésico y, si se requiere realizar una cirugía, se paga la implantación quirúrgica del dispositivo. Los elementos relacionados con la prótesis, tales como sujetadores especiales o bolsas de ostomía y suministros no están cubiertos. Las prótesis capilares no están cubiertas por el Beneficio de Prótesis Capilar.

Los beneficios cubiertos en virtud de esta disposición están limitados al modelo más apropiado de dispositivo protésico u ortésico que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del Asegurado según lo determine el médico que lo trata o el podólogo y el protesista u ortesista, según corresponda. El beneficio de prótesis incluirá la reparación y reemplazo de un dispositivo protésico u ortésico, salvo que dicha reparación o reemplazo se deba al mal uso por parte del Asegurado.

**Beneficio de Internación Hospitalaria.** Se paga cuando el Asegurado requiere internación en un hospital durante al menos 18 horas seguidas. "Hospital" no incluirá una institución, o parte de ella, usada por el Asegurado como lugar para la rehabilitación; ni una unidad de cuidados paliativos, y en esto se incluyen las camas designadas como camas para cuidados paliativos o camas abatibles; ni un lugar de reposo o atención geriátrica; o residencia para ancianos o convalecientes; o sala geriátrica; o centro de atención para estancia prolongada de convalecientes, pacientes en rehabilitación o ambulatorios.

**Beneficio de Hospital de Beneficencia o del Gobierno de los EE.UU.** Se paga cuando no se dispone de una lista detallada de servicios y el Asegurado está internado en un hospital de beneficencia o en un hospital que pertenece o es operado por el Gobierno de los Estados Unidos por padecer cáncer o una enfermedad grave o asegurada según un grupo de diagnóstico relacionado en el que no se aplican cargos al asegurado por el tratamiento de cáncer o enfermedad grave. Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los que constan en el programa de beneficios.

**Beneficio de Atención en Unidad de Cuidados Extensivos.** Se paga un beneficio diario por una internación autorizada por el médico, que se inicia dentro de los 14 días posteriores a la internación hospitalaria.

**Beneficio de Atención Médica en el Hogar.** Se paga un beneficio diario por la atención privada autorizada por el médico, que se inicia dentro de los 14 días posteriores a la internación hospitalaria. Este beneficio no incluye asesoramiento en nutrición, servicios médicos sociales, suministros médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipos médicos duraderos, drogas o medicamentos, cuidado infantil, comidas o servicios domésticos, ni kinesiología o fonoaudiología.

## Aspectos Destacados de los Beneficios del Plan (cont.)

**Beneficio de Atención en Centro de Cuidados Paliativos.** Se paga un beneficio diario cuando el médico determina que la enfermedad es terminal y la expectativa de vida es de 6 meses o menos, y aprueba que los cuidados paliativos se impartan en el hogar o en un centro para cuidados paliativos. Este beneficio no incluye control infantil periódico, servicios de voluntarios, comidas, servicios domésticos, ni apoyo familiar después del fallecimiento del Asegurado.

**Beneficio de Enfermería Especializada para Pacientes Internados.** Paga un beneficio diario cuando se reciben servicios de enfermería especializada autorizados por un médico (salvo los provistos habitualmente por el hospital) de al menos 8 horas consecutivas durante un período de 24 horas.

**Beneficio por Enfermedad Grave.** Las enfermedades graves aseguradas son: Enfermedad de Addison, Esclerosis lateral amiotrófica, Fibrosis quística, Difteria, Encefalitis, Crisis convulsivas tónico-clónicas, Enfermedad del legionario, Meningitis, Esclerosis múltiple, Distrofia muscular, Miastenia grave, Enfermedad de Niemann-Pick, Osteomielitis, Poliomiélitis, Síndrome de Reye, Fiebre reumática, Fiebre de las Montañas Rocosas, Anemia falciforme, Lupus sistémico eritematoso, Enfermedad de Tay-Sachs, Tétano, Necrólisis epidérmica tóxica, Síndrome de shock tóxico, Tuberculosis, Tularemia, Fiebre tifoidea y Enfermedad de Whipple.

**Beneficio del Donante.** Los gastos de donación de sangre no están cubiertos.

**Beneficio de Drogas y Medicamentos.** Paga un beneficio por medicación antiemética y analgésicos para el tratamiento del cáncer. No incluye procesos administrativos asociados ni drogas o medicamentos cubiertos por el Beneficio de Radioterapia, Quimioterapia o Inmunoterapia o el Beneficio de Terapia Hormonal.

**Beneficio de Transporte y Alojamiento.** Se paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren programados, o en automóvil, y alojamiento para el paciente externo que recibe radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia, trasplante de médula ósea o células madre, o cirugía en un hospital no disponible localmente o ubicado a más de 50 millas de la residencia del Asegurado. Se paga por un Asegurado y un familiar adulto. Si el familiar y el Asegurado viajan en el mismo auto o se alojan en la misma habitación, el beneficio se paga solo por el Asegurado.

**Beneficio de Ambulancia.** Si se requieren servicios de ambulancia aérea y terrestre en el mismo día, pagaremos solamente el monto más alto. El Asegurado deberá ser admitido para internación y permanecer internado durante al menos 18 horas seguidas.

**Exención del pago de la prima.** Se lo eximirá del pago de la prima si queda discapacitado por causa del cáncer por más de 90 días seguidos. Este beneficio no aplica si su cónyuge o hijos quedan discapacitados.

**Beneficio de Kinesiología o Fonoaudiología.** El tratamiento debe ser realizado por un profesional matriculado en kinesiología o fonoaudiología.

**Beneficios de Diagnóstico y Prevención.** Se paga por un estudio de detección de cáncer interno generalmente reconocido médicamente. Este beneficio no incluye estudios cubiertos por el Beneficio de Diagnóstico Médico por Imágenes.

**Beneficio de Seguimiento de la Detección del Cáncer.** Se paga un estudio invasivo de seguimiento de detección cuando el Asegurado recibe resultados anormales en un estudio de detección cubierto. En el caso de los estudios que requieren una incisión o cirugía, se pagan únicamente los que

dan un diagnóstico negativo de cáncer.

**Beneficio de Diagnóstico de Cáncer Interno.** Se paga si el Asegurado recibe un diagnóstico médico de Cáncer Interno después de la entrada en vigencia de la cobertura.

**Beneficio de Diagnóstico de Ataque Cardíaco o ACV.** Se paga si un médico le diagnosticó al Asegurado un ataque cardíaco o ACV después de la entrada en vigencia de la cobertura. Este beneficio se paga únicamente por la patología que ocurra en primer lugar.

**Enfermedad Preexistente.** Significa una Enfermedad Específica por la que el Asegurado: a) recibió tratamiento; o b) recibió consejo médico durante el período de 12 meses inmediatamente anterior a la Fecha de Vigencia de la cobertura del Asegurado.

**Limitación de Enfermedad Preexistente.** No se pagarán beneficios por el siniestro causado o resultante de una Enfermedad Preexistente que se produce antes de que el Asegurado haya estado continuamente cubierto por la Póliza durante 12 meses consecutivos. Las Enfermedades Preexistentes específicamente designadas o descriptas como excluidas en cualquier parte de este contrato no se cubren nunca. Los incrementos o cambios de cobertura estarán sujetos a una Limitación de Enfermedad Preexistente adicional.

### Limitaciones del Beneficio de Unidad de Cuidados Intensivos

**Hospitalarios.** No se pagarán beneficios durante los 2 primeros años de cobertura por una internación resultante de una cardiopatía que se diagnosticó o trató antes de los 30 días siguientes a la Fecha de Vigencia de la cobertura. (La cardiopatía que provocó la internación no tiene que ser la misma que se diagnosticó o trató antes de la Fecha de Vigencia).

**Exclusiones.** No pagaremos beneficios como resultado de o causados por:

- a) una lesión corporal autoprovocada intencionadamente, suicidio o intento de suicidio, estando la persona en su sano juicio o no;
- b) alcoholismo o adicción a las drogas;
- c) guerra o actos de guerra, declarados o no, mientras se prestan servicios a las fuerzas armadas o a una unidad auxiliar de las mismas;
- d) servicio militar para cualquier país en guerra;
- e) participación en una actividad o evento mientras se está intoxicado o bajo la influencia de un narcótico, salvo que haya sido administrado por un médico o se haya tomado siguiendo las instrucciones de un médico; o
- f) participación o intento de participación en un delito mayor, disturbio o insurrección (se entenderá por delito mayor el que defina la ley de la jurisdicción en la que tenga lugar la actividad).

Tampoco se pagarán beneficios por los servicios prestados por un médico que esté vinculado al Asegurado.

**Terminación del seguro.** Su cobertura podrá continuar por hasta un año durante una licencia por enfermedad aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará mientras la póliza grupal permanezca vigente, se paguen las primas y usted siga siendo elegible para la cobertura de su póliza. Su cobertura finalizará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en empleo activo, deje de estar empleado o fallezca. La cobertura de sus dependientes (personas a cargo) terminará si termina su cobertura, no se pagan las primas, los dependientes ya no se enmarcan en la definición de dependientes o la póliza se modifica para excluir a los dependientes. Su cobertura podrá terminar o las primas sufrir un incremento en cualquiera de sus fechas de vencimiento con 60 días de notificación previa por escrito.

Marketed by:



Underwritten and Administered by:



American Fidelity Assurance Company  
9000 Cameron Parkway, Oklahoma City, Oklahoma 73114  
800-662-1113 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)

*This product may contain limitations, exclusions, and waiting periods. This brochure highlights important features of the policy. Please refer to your certificate for complete details. If you reside in a state other than your employers state domicile, where required by law, policy provisions and benefits may vary. This product is inappropriate for people who are eligible for Medicaid coverage.*

# Aflac

# Seguro Colectivo de Enfermedad Grave Advantage

EL PLAN INCLUYE BENEFICIOS  
POR CÁNCER Y EXÁMENES DE DETECCIÓN

Nos ocupamos de sus  
gastos mientras usted se  
ocupa de cuidar su salud.



El plan no contiene beneficios de bienestar  
integral para adultos según lo definido por la ley.



We've got you under our wing.®

# SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDAD GRAVE ADVANTAGE DE AFLAC



## Aflac puede ayudar a aliviar las presiones financieras que pueden surgir en el transcurso de una enfermedad grave.

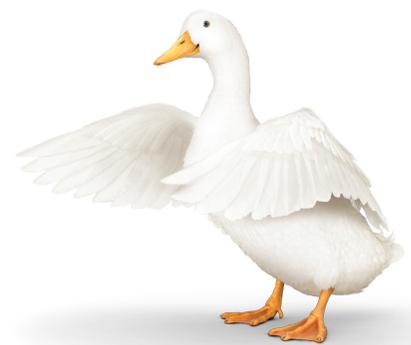
Es muy probable que usted conozca a alguien que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave. Es inevitable notar la diferencia en la vida de la persona, tanto a nivel físico como emocional. Lo que no es tan evidente es el impacto que una enfermedad grave puede tener sobre las finanzas personales de cualquier individuo.

Esto ocurre porque, a pesar de que un plan médico puede pagar una buena porción de los costos asociados con una enfermedad grave, hay muchos otros gastos que podrían no estar cubiertos. Y, para una persona en recuperación, lo menos aconsejable es tener que preocuparse por los costos no cubiertos.

### Este es el beneficio de un Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac.

Puede ayudarle a pagar los costos del tratamiento de una enfermedad grave cubierta, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Y lo que es aún más importante: el plan le permite concentrarse en la recuperación en vez de estar preocupado por los costos no cubiertos. Con el Plan de Enfermedad Grave, usted recibirá beneficios en efectivo directamente (salvo que se asignen de otro modo) y esto le dará flexibilidad para pagar los costos relacionados con el tratamiento o sus gastos cotidianos.



### Comprender los hechos puede ayudarlo a decidir si el Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac tiene sentido para usted.

#### DATO N.º 1

APROXIMADAMENTE

**83.6** MILLONES

DE ADULTOS ESTADOUNIDENSES (MÁS DE 1 DE CADA 3) PADECEN UNO O MÁS TIPOS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV).<sup>1</sup>

#### DATO N.º 2

LA ENFERMEDAD CARDÍACA CORONARIA CUESTA A LOS ESTADOS UNIDOS

**\$108.9**

MIL MILLONES

EL TOTAL INCLUYE EL COSTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, MEDICAMENTOS Y PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hoja de Datos Estadísticos de American Heart Association/American Stroke Association, 2013

<sup>2</sup> Hoja de Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Cardíacas, 2015

**Descubra por qué el Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac puede ser apropiado para usted.**

Durante más de 60 años, Aflac se ha dedicado a brindar tranquilidad y seguridad financiera a individuos y familias cuando más lo necesitaban. El Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac es tan solo otra manera innovadora de asegurarse de que usted esté protegido bajo nuestras alas.

Pero esto no es todo. Tener un seguro colectivo de enfermedad grave de Aflac significa que usted puede haber incorporado recursos financieros para ayudar con los gastos médicos o con los gastos de su vida diaria.

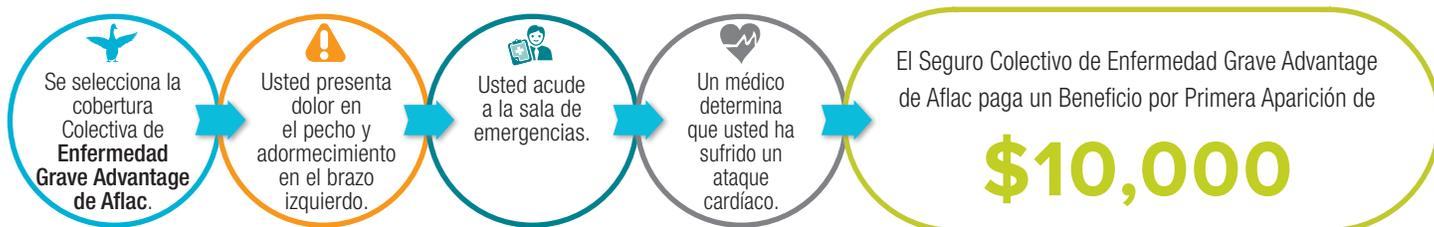
**Los beneficios de un Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac incluyen:**

- Beneficio por Enfermedad Grave que se paga en caso de:
  - Cáncer
  - Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio)
  - Accidente Cerebrovascular o Derrame Cerebral
  - Insuficiencia de Riñón (Insuficiencia Renal en Fase Terminal)
  - Trasplante de un Órgano Principal
  - Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre)
  - Paro Cardíaco Repentino
  - Cirugía de Revascularización Coronaria o Bypass Coronario
  - Cáncer No Invasivo
  - Cáncer de la Piel
- Beneficio para Exámenes de Detección

**Características:**

- Usted recibe los beneficios directamente, a menos que elija otra forma de pago.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos a cargo.
- La cobertura se puede continuar (bajo ciertas condiciones). Esto significa que, si cambia de trabajo o se jubila, puede seguir manteniendo el mismo plan.
- Pago rápido de reclamaciones. La mayoría de las reclamaciones se procesan en unos cuatro días.

**Cómo funciona**



El monto del beneficio se basa en el Beneficio de \$10,000 por Primera Aparición de la Enfermedad.

**Para obtener más información, consulte a su agente o productor de seguros, llame al 1.800.433.3036 o visite [aflacgroupinsurance.com](http://aflacgroupinsurance.com).**

## Resumen de Beneficios

### ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

|   |      |
|---|------|
| <b>CÁNCER</b> (Interno o Invasivo)  | 100% |
| <b>ATAQUE CARDÍACO</b> (Infarto de Miocardio)   | 100% |
| <b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> (Isquémico o Hemorrágico)  | 100% |
| <b>TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PRINCIPAL</b>  | 100% |
| <b>INSUFICIENCIA DE RIÑÓN</b> (Insuficiencia Renal en Fase Terminal)  | 100% |
| <b>TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA</b> (Trasplante de Células Madre)  | 100% |
| <b>PARO CARDÍACO REPENTINO</b>  | 100% |
| <b>CÁNCER NO INVASIVO</b> (El pago de este beneficio reducirá su beneficio por cáncer en un 25%.)   | 25%  |
| <b>CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA O BYPASS CORONARIO</b> (El pago de este beneficio reducirá su beneficio por ataque cardíaco en un 25%). | 25%  |

### DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio de indemnización de suma única al momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta, cuando dicho diagnóstico fuera ocasionado por una enfermedad subyacente o atribuido a esta. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer. Los beneficios se basarán en el valor nominal vigente a la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

### DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos seis meses consecutivos y la nueva enfermedad grave no fuera propiciada ni causada por una enfermedad grave por la cual se han pagado beneficios. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

### ENFERMEDAD RECURRENTE

Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos seis meses consecutivos y la nueva enfermedad grave no fuera propiciada ni causada por una enfermedad grave por la cual se han pagado beneficios. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

### COBERTURA PARA LOS HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Todo hijo a cargo está cubierto al 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal, sin costo adicional. La cobertura solo de niños no está disponible.

### BENEFICIO DE CÁNCER DE LA PIEL

Pagaremos \$250 por el diagnóstico de cáncer de la piel. Este beneficio será cubierto una vez por año calendario.

### EXENCIÓN DE LA PRIMA

Si quedara totalmente discapacitado debido a una enfermedad grave cubierta antes de los 65 años, después de 90 días continuos de discapacidad total, quedará exento del pago de primas para usted y cualquiera de sus familiares a cargo cubiertos. Siempre y cuando quede totalmente discapacitado, las primas quedarán exentas hasta 24 meses, sujeto a los términos del plan.

### BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura de su cónyuge estuviera vigente al momento del fallecimiento del principal asegurado, el cónyuge superviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el valor nominal existente del cónyuge y además incluirá la cobertura de los hijos a cargo vigentes en ese momento.

### BENEFICIO PARA EXÁMENES DE DETECCIÓN (Empleado y Cónyuge solamente)

Pagaremos \$50 por exámenes de detección que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté vigente. Este beneficio será cubierto una vez por año calendario.

Este beneficio es solo pagadero para exámenes de detección que se realicen como resultado de atención preventiva, lo que incluye pruebas y procedimientos de diagnóstico prescritos en relación con exámenes de rutina. Este beneficio es pagadero para el empleado cubierto y el cónyuge.

**Este beneficio no se paga para hijos a cargo.**

### LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN CUBIERTOS INCLUYEN:

- Análisis de sangre para triglicéridos
- Biopsia de médula ósea
- Ultrasonido de seno
- CA 15-3 (análisis de sangre para el cáncer de seno)
- CA 125 (análisis de sangre para el cáncer de ovario)
- CEA (análisis de sangre para el cáncer de colon)
- Radiografía de tórax
- Colonoscopia
- Análisis de ADN en las heces
- Prueba de tolerancia a la glucosa en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible

- Análisis de sangre en las heces
- Mamografía
- Examen de Papanicolau
- PSA (análisis de sangre para el cáncer de próstata)
- Análisis de colesterol sérico para determinar el nivel de HDL y LDL
- Electroforesis de proteína en suero (análisis de sangre para el mieloma)
- Examen de TC helicoidal para detectar cáncer de pulmón
- Prueba de esfuerzo en bicicleta fija o rueda de andar
- Termografía

**We've got you  
under our wing.®**

**aflacgroupinsurance.com || 1.800.433.3036**

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia Aflac de compañías de seguros, es una subsidiaria de propiedad total de Aflac Incorporated y suscribe cobertura colectiva. CAIC no cuenta con licencia para ofrecer sus servicios en Nueva York, Guam, Puerto Rico ni en las Islas Vírgenes.

Continental American Insurance Company • Columbia, Carolina del Sur

El certificado con el cual se corresponde este material de venta está escrito solamente en inglés. Si la interpretación de este material varía, prevalecerá el certificado.

Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y las condiciones exactos.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y las limitaciones de la Póliza Serie C21000. En Arkansas, C21100AR. En Oklahoma, C21100OK. En Oregon, C21100OR. En Pensilvania, C21100PA. En Texas, C21100TX.



## Group Critical Illness

### San Angelo ISD - Monthly (12pp/yr) Rates

| NONTOBACCO - Employee |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|-----------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age             | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29                 | \$5.31  | \$7.60   | \$9.88   | \$12.17  | \$14.46  | \$16.75  | \$19.04  | \$21.33  | \$23.61  | \$25.90  |
| 30-39                 | \$6.63  | \$10.23  | \$13.84  | \$17.45  | \$21.05  | \$24.66  | \$28.26  | \$31.87  | \$35.48  | \$39.08  |
| 40-49                 | \$9.87  | \$16.72  | \$23.56  | \$30.41  | \$37.26  | \$44.11  | \$50.95  | \$57.80  | \$64.65  | \$71.50  |
| 50-59                 | \$15.47 | \$27.91  | \$40.36  | \$52.80  | \$65.25  | \$77.69  | \$90.14  | \$102.58 | \$115.03 | \$127.47 |
| 60-69                 | \$23.48 | \$43.93  | \$64.39  | \$84.84  | \$105.30 | \$125.76 | \$146.21 | \$166.67 | \$187.12 | \$207.58 |

| NONTOBACCO - Spouse |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|---------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age           | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29               | \$5.02  | \$7.02   | \$9.02   | \$11.03  | \$13.03  | \$15.03  | \$17.03  | \$19.03  | \$21.03  | \$23.04  |
| 30-39               | \$6.34  | \$9.66   | \$12.98  | \$16.30  | \$19.62  | \$22.94  | \$26.26  | \$29.58  | \$32.90  | \$36.22  |
| 40-49               | \$9.58  | \$16.14  | \$22.70  | \$29.26  | \$35.83  | \$42.39  | \$48.95  | \$55.51  | \$62.07  | \$68.63  |
| 50-59               | \$15.19 | \$27.37  | \$39.54  | \$51.72  | \$63.89  | \$76.07  | \$88.24  | \$100.42 | \$112.59 | \$124.77 |
| 60-69               | \$23.24 | \$43.46  | \$63.69  | \$83.91  | \$104.13 | \$124.35 | \$144.57 | \$164.80 | \$185.02 | \$205.24 |

| TOBACCO - Employee |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age          | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29              | \$6.16  | \$9.30   | \$12.44  | \$15.57  | \$18.71  | \$21.85  | \$24.99  | \$28.13  | \$31.27  | \$34.40  |
| 30-39              | \$8.54  | \$14.05  | \$19.57  | \$25.09  | \$30.61  | \$36.12  | \$41.64  | \$47.16  | \$52.68  | \$58.19  |
| 40-49              | \$13.68 | \$24.34  | \$34.99  | \$45.65  | \$56.31  | \$66.97  | \$77.62  | \$88.28  | \$98.94  | \$109.60 |
| 50-59              | \$23.00 | \$42.98  | \$62.96  | \$82.93  | \$102.91 | \$122.89 | \$142.87 | \$162.85 | \$182.83 | \$202.80 |
| 60-69              | \$34.85 | \$66.68  | \$98.52  | \$130.35 | \$162.18 | \$194.01 | \$225.84 | \$257.68 | \$289.51 | \$321.34 |

| TOBACCO - Spouse |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age        | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29            | \$5.87  | \$8.72   | \$11.58  | \$14.43  | \$17.28  | \$20.13  | \$22.98  | \$25.83  | \$28.69  | \$31.54  |
| 30-39            | \$8.25  | \$13.48  | \$18.71  | \$23.94  | \$29.17  | \$34.40  | \$39.64  | \$44.87  | \$50.10  | \$55.33  |
| 40-49            | \$13.39 | \$23.76  | \$34.13  | \$44.50  | \$54.87  | \$65.25  | \$75.62  | \$85.99  | \$96.36  | \$106.73 |
| 50-59            | \$22.73 | \$42.44  | \$62.14  | \$81.85  | \$101.56 | \$121.27 | \$140.97 | \$160.68 | \$180.39 | \$200.10 |
| 60-69            | \$34.62 | \$66.22  | \$97.81  | \$129.41 | \$161.01 | \$192.61 | \$224.21 | \$255.80 | \$287.40 | \$319.00 |

**Base Plan:**

- With Cancer Benefit
- \$100 Health Screening Benefit
- \$250 Skin Cancer Benefit
- Without Additional Benefits  
(Loss of Sight, Speech, Hearing)  
(Coma, Burns, Paralysis)

**Riders:**

- Optional Benefits Rider (BTAP)
- Progressive Diseases Rider
- Specified Disease Rider
- Childhood Conditions Rider

**Provisions:**

- No Pre-Existing Condition Limitation
- Add'l Separation Waiting Period: 6 Months
- Re-Separation Waiting Period: 6 Months
- Benefit Reduction at Age 70
- Standard Portability
- Rate Guarantee: 3 Years

**Group Attributes:**

- Situs State: TX
- Eligible Lives: 1800

Please Note: Premiums shown are accurate as of publication. They are subject to change.

Published: Jan-19 Series C21000 CI21000-190109-133344-F44XdVBA-037ZG0h-29055

Product Code: CI190109-133344

## Group Critical Illness

### San Angelo ISD - Semimonthly (24pp/yr) Rates

| NONTOBACCO - Employee |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|-----------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age             | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29                 | \$2.65  | \$3.80   | \$4.94   | \$6.09   | \$7.23   | \$8.37   | \$9.52   | \$10.66  | \$11.81  | \$12.95  |
| 30-39                 | \$3.31  | \$5.12   | \$6.92   | \$8.72   | \$10.53  | \$12.33  | \$14.13  | \$15.94  | \$17.74  | \$19.54  |
| 40-49                 | \$4.93  | \$8.36   | \$11.78  | \$15.21  | \$18.63  | \$22.05  | \$25.48  | \$28.90  | \$32.32  | \$35.75  |
| 50-59                 | \$7.73  | \$13.96  | \$20.18  | \$26.40  | \$32.62  | \$38.85  | \$45.07  | \$51.29  | \$57.51  | \$63.74  |
| 60-69                 | \$11.74 | \$21.97  | \$32.19  | \$42.42  | \$52.65  | \$62.88  | \$73.11  | \$83.33  | \$93.56  | \$103.79 |

| NONTOBACCO - Spouse |         |          |          |          |          |          |          |          |          |             |
|---------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Issue Age           | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000.00 |
| 18-29               | \$2.51  | \$3.51   | \$4.51   | \$5.51   | \$6.51   | \$7.51   | \$8.52   | \$9.52   | \$10.52  | \$11.52     |
| 30-39               | \$3.17  | \$4.83   | \$6.49   | \$8.15   | \$9.81   | \$11.47  | \$13.13  | \$14.79  | \$16.45  | \$18.11     |
| 40-49               | \$4.79  | \$8.07   | \$11.35  | \$14.63  | \$17.91  | \$21.19  | \$24.47  | \$27.75  | \$31.03  | \$34.32     |
| 50-59               | \$7.60  | \$13.68  | \$19.77  | \$25.86  | \$31.95  | \$38.03  | \$44.12  | \$50.21  | \$56.30  | \$62.38     |
| 60-69               | \$11.62 | \$21.73  | \$31.84  | \$41.95  | \$52.07  | \$62.18  | \$72.29  | \$82.40  | \$92.51  | \$102.62    |

| TOBACCO - Employee |         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Issue Age          | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000 |
| 18-29              | \$3.08  | \$4.65   | \$6.22   | \$7.79   | \$9.36   | \$10.93  | \$12.49  | \$14.06  | \$15.63  | \$17.20  |
| 30-39              | \$4.27  | \$7.03   | \$9.79   | \$12.54  | \$15.30  | \$18.06  | \$20.82  | \$23.58  | \$26.34  | \$29.10  |
| 40-49              | \$6.84  | \$12.17  | \$17.50  | \$22.83  | \$28.15  | \$33.48  | \$38.81  | \$44.14  | \$49.47  | \$54.80  |
| 50-59              | \$11.50 | \$21.49  | \$31.48  | \$41.47  | \$51.46  | \$61.45  | \$71.43  | \$81.42  | \$91.41  | \$101.40 |
| 60-69              | \$17.43 | \$33.34  | \$49.26  | \$65.17  | \$81.09  | \$97.01  | \$112.92 | \$128.84 | \$144.75 | \$160.67 |

| TOBACCO - Spouse |         |          |          |          |          |          |          |          |          |             |
|------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Issue Age        | \$5,000 | \$10,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$25,000 | \$30,000 | \$35,000 | \$40,000 | \$45,000 | \$50,000.00 |
| 18-29            | \$2.94  | \$4.36   | \$5.79   | \$7.21   | \$8.64   | \$10.07  | \$11.49  | \$12.92  | \$14.34  | \$15.77     |
| 30-39            | \$4.13  | \$6.74   | \$9.36   | \$11.97  | \$14.59  | \$17.20  | \$19.82  | \$22.43  | \$25.05  | \$27.66     |
| 40-49            | \$6.70  | \$11.88  | \$17.07  | \$22.25  | \$27.44  | \$32.62  | \$37.81  | \$42.99  | \$48.18  | \$53.36     |
| 50-59            | \$11.36 | \$21.22  | \$31.07  | \$40.93  | \$50.78  | \$60.63  | \$70.49  | \$80.34  | \$90.19  | \$100.05    |
| 60-69            | \$17.31 | \$33.11  | \$48.91  | \$64.71  | \$80.51  | \$96.30  | \$112.10 | \$127.90 | \$143.70 | \$159.50    |

**Base Plan:**

- With Cancer Benefit
- \$100 Health Screening Benefit
- \$250 Skin Cancer Benefit
- Without Additional Benefits  
(Loss of Sight, Speech, Hearing)  
(Coma, Burns, Paralysis)

**Riders:**

- Optional Benefits Rider (BTAP)
- Progressive Diseases Rider
- Specified Disease Rider
- Childhood Conditions Rider

**Provisions:**

- No Pre-Existing Condition Limitation
- Add'l Separation Waiting Period: 6 Months
- Re-Separation Waiting Period: 6 Months
- Benefit Reduction at Age 70
- Standard Portability
- Rate Guarantee: 3 Years

**Group Attributes:**

- Situs State: TX
- Eligible Lives: 1800

Please Note: Premiums shown are accurate as of publication. They are subject to change.

Published: Jan-19      Series C21000      C121000-190109-133344-F44XdVBA-037ZG0h-29055

Product Code: C1190109-133344



## Seguro solo para accidentes de beneficios limitados de AF™

ESTA NO ES UNA POLÍTICA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. AL ADOPTAR ESTA POLÍTICA, EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUSCRITOR DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUSCRITOR, PIERDE LOS BENEFICIOS A LOS QUE TENDRÍA DERECHO DE ACUERDO DE OTRA MANERA SEGUN LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES SEGÚN SE REFIERE A LOS NO SUSCRIPTORES Y A LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE SE DEBEN PRESENTAR Y PUBLICAR.

## Prepárese para lo inesperado.

Cualquier persona puede sufrir un accidente\*. Y a pesar de que no puede planificar para un accidente, puede ayudar a prepararse para los costos médicos inesperados. El **seguro solo por accidentes de beneficios limitados** de AF™ brinda cobertura para ayudarle con los gastos inesperados por un accidente.

### EMERGENCIA POR ACCIDENTE

#### Ejemplo hipotético <sup>1</sup>

Una torcedura de rodilla en el estacionamiento resulta en una ruptura de meniscos y el tratamiento se recibe en un periodo de 72 horas.

|  | BÁSICA         | ENHANCED    |
|--|----------------|-------------|
| Tratamiento de emergencia por accidente                | \$150          | \$200       |
| Tratamiento de seguimiento por accidente (4 consultas) | \$200          | \$200       |
| Kinesiología (8 tratamientos)                          | \$200          | \$200       |
| Imágenes para diagnóstico médico                       | \$200          | \$200       |
| Radiografía  | \$50           | \$100       |
| Dispositivos de asistencia                             | \$100          | \$100       |
| Instalación de procedimientos quirúrgicos              | \$150          | \$250       |
| Reparación de ruptura de cartílago de rodilla          | \$500          | \$500       |
| Anestesia  | \$150          | \$200       |
| <b>TOTAL</b>   | <b>\$1,700</b> | <b>1950</b> |

Beneficio de buen estado de salud anual

**BÁSICA**

**\$50**

**ENHANCED**

**\$75**

¡Pagado directamente a usted!

## Beneficios para la póliza y cláusula adicional de mejora

### BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

| BÁSICA            | PRINCIPAL          | CÓNYUGE            | HIJO             |
|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Aseguradora común | \$50,000           | \$50,000           | \$25,000         |
| Otro accidente    | \$15,000           | \$15,000           | \$7,500          |
| Desmembramiento   | \$1,000 a \$15,000 | \$1,000 a \$15,000 | \$500 a \$7,500  |
| ENHANCED          | PRINCIPAL          | CÓNYUGE            | HIJO             |
| Aseguradora común | \$100,000          | \$100,000          | \$50,000         |
| Otro accidente    | \$30,000           | \$30,000           | \$15,000         |
| Desmembramiento   | \$1,500 a \$30,000 | \$1,500 a \$30,000 | \$750 a \$15,000 |

<sup>1</sup>Ejemplo hipotético de un accidente cubierto según la póliza AO-03 y la cláusula adicional de la serie AMDI-258.

\*Un **accidente** se define como un suceso súbito, inesperado y no deseado, que resulte en lesión corporal, que sea independiente de una enfermedad o achaque corporal o cualquier otra causa.

# Beneficios

| BENEFICIOS POR ACCIDENTE | BÁSICA | ENHANCED |
|--------------------------|--------|----------|
|--------------------------|--------|----------|

## TRATAMIENTO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| Tratamiento de emergencia por accidente  | \$150 | \$200 |
| Tratamiento de seguimiento de emergencia por accidente (hasta cuatro tratamientos) | \$50  | \$50  |

## TRATAMIENTO DE ACCIDENTE QUE NO ES UNA EMERGENCIA

|   |      |       |
|---|------|-------|
| Tratamiento inicial de accidente que no es una emergencia                                 | \$75 | \$100 |
| Tratamiento de seguimiento de accidente que no es una emergencia (hasta dos tratamientos) | \$50 | \$50  |

## IMÁGENES PARA DIAGNÓSTICO MÉDICO

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| MRI (resonancia magnética), CT (tomografía computarizada), CAT (tomografía axial computarizada), PET (tomografía por emisión de positrones), US (ultrasonido) | \$200 | \$200 |
| Radiografías  | \$50  | \$100 |

## INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL

|   |       |         |
|---|-------|---------|
| Admisión en hospital                          | \$500 | \$1,000 |
| Unidad de cuidados intensivos (hasta 15 días) | \$300 | \$600   |
| Internación en el hospital (hasta 365 días)   | \$100 | \$200   |

## AMBULANCIA

|           |         |         |
|-----------|---------|---------|
| Terrestre | \$300   | \$300   |
| Aérea     | \$1,500 | \$1,500 |

## TRATAMIENTO

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| Hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria | \$150 | \$250 |
| Anestesia  | \$150 | \$200 |

## BENEFICIOS DE TRANSPORTE

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <b>Transporte</b><br>Solo paciente, por viaje de ida y vuelta, hasta 3 viajes de ida y vuelta por año calendario | \$300 | \$300 |
| <b>Alojamiento y comidas para familiar</b><br>Por día por accidente; hasta 30 días de internación                | \$100 | \$100 |

## PRIMAS MENSUALES

Para póliza y cláusula adicional de mejora de beneficios\*\*

|                      | BÁSICA  | ENHANCED |
|----------------------|---------|----------|
| Individual           | \$19.90 | \$26.10  |
| Individual y cónyuge | \$28.30 | \$34.90  |
| Individual y hijo(s) | \$31.50 | \$41.00  |
| Familiar             | \$39.90 | \$49.80  |

| BENEFICIOS POR LESIÓN ACCIDENTAL | TODOS LOS NIVELES DE COBERTURA |  |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
|----------------------------------|--------------------------------|--|

## TRATAMIENTO DE LESIÓN

|  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
| <b>Beneficios por fracturas</b><br>Según si es reducción abierta o cerrada, hueso involucrado o fractura por avulsión  | \$25 a \$3,000                  |  |
| <b>Beneficios por dislocaciones</b><br>Según si es reducción abierta o cerrada, con o sin anestesia y articulación involucrada   | \$25 a \$3,000                  |  |
| <b>Beneficio por lesiones internas</b><br>Resultan en cirugía abierta abdominal o torácica   | \$1,000                         |  |
| <b>Beneficios por tendones, ligamentos, manguito rotador</b><br>Un tendón, ligamento o manguito rotador<br>Más de un tendón, ligamento o manguito rotador  | \$500<br>\$750                  |  |
| <b>Quemaduras de 2º y 3º grado</b><br>Los injertos de piel tienen el 25 % del beneficio  | \$100 a \$10,000                |  |
| <b>Beneficio por cartílago de rodilla desgarrado o ruptura de disco</b>  | \$500                           |  |
| <b>Beneficio por lesión ocular</b><br>Lesión con reparación quirúrgica, para uno o ambos ojos<br>Extracción de cuerpo extraño por un médico, para un ojo o ambos   | \$250<br>\$50                   |  |
| <b>Beneficio de trabajo odontológico de emergencia</b><br>Diente roto reparado con corona<br>Extracción de dientes rotos (sin importar la cantidad)  | \$150<br>\$50                   |  |
| <b>Beneficios por conmoción cerebral</b>   | \$200                           |  |
| <b>Beneficio por laceraciones</b><br>No requiere suturas<br>Laceraciones con sutura de hasta dos pulgadas<br>Laceraciones con sutura por un total de dos a seis pulgadas<br>Laceraciones con sutura por un total de más de seis pulgadas | \$25<br>\$100<br>\$200<br>\$400 |  |
| <b>Beneficio para dispositivos de asistencia</b><br>Muletas, soportes para rodillas, etc.  | \$100                           |  |
| <b>Beneficio de terapia física</b><br>Por tratamiento hasta ocho tratamientos  | \$25                            |  |
| <b>Beneficio de prótesis</b>   | \$500                           |  |
| <b>Beneficio de sangre, plasma y plaquetas</b>   | \$250                           |  |
| <b>Beneficio de cirugía exploratoria con reparación quirúrgica</b>   | \$250                           |  |
| <b>Beneficio por parálisis: Paraplejía / Tetraplejía</b>   | \$5,000 / \$10,000              |  |

| BENEFICIO DE BUEN ESTADO DE SALUD | BÁSICA | ENHANCED |
|-----------------------------------|--------|----------|
|-----------------------------------|--------|----------|

## BUEN ESTADO DE SALUD

|   |      |      |
|---|------|------|
| <b>Examen físico anual de rutina</b><br>Requiere un periodo de espera de 12 meses antes de poder usarlo. Un examen por póliza, por año calendario | \$50 | \$75 |
|---|------|------|

\*\*La prima y el monto de los beneficios brindados varían según el plan seleccionado.

Una persona con cobertura (en adelante denominada "Persona") según una póliza de **seguro solo por accidentes de beneficios limitados de AF™** puede esperar los siguientes beneficios cuando se produce un accidente cubierto (en adelante denominado "Accidente"). Todos los beneficios se pagan una vez por Persona por Accidente a menos que se especifique lo contrario. Todos los beneficios solo se pagan como resultado de lesiones recibidas en un Accidente que ocurra mientras la cobertura esté en vigencia. Todos los tratamientos, procedimientos y equipamiento médico deben ser diagnosticados, recomendados y tratados por un médico. Estas referencias no tienen como fin cambiar o modificar ninguna de las definiciones en la serie de póliza AO-03.

#### **Beneficio por tratamiento de emergencia por accidente**

Pagadero por recibir tratamiento de emergencia en el consultorio de un médico o sala de emergencias dentro de las 72 horas e incluye los honorarios del médico y los servicios de emergencia.

#### **Beneficio por tratamiento de seguimiento por accidente**

Pagadero por tratamiento de seguimiento necesario para lesiones además del tratamiento de emergencia administrado dentro de las 72 horas por hasta cuatro tratamientos. No pagadero por una consulta en la que se paga un beneficio por terapia física o beneficio por seguimiento que no sea de emergencia.

#### **Beneficio por muerte accidental y desmembramiento**

Los beneficios correspondientes se aplican cuando ocurre una muerte accidental o desmembramiento dentro de los 90 días de un Accidente. En el caso de que la muerte accidental y desmembramiento resulte del mismo Accidente, solo se pagará el beneficio por muerte accidental.

#### **Beneficio de ambulancia**

Si se necesita transporte en ambulancia por aire y tierra para el mismo Accidente, solo se pagará el beneficio más alto.

#### **Beneficio de anestesia**

Paga la cantidad mostrada en el programa de beneficios para los servicios de un anestesista para una cirugía realizada debido a un Accidente. No es necesaria una internación hospitalaria para recibir este beneficio. Solo pagaremos un beneficio de anestesia por Persona en un periodo de 24 horas, incluso si se realiza más de un procedimiento quirúrgico. Este beneficio no es pagadero para anestesia local.

#### **Beneficio para dispositivos de asistencia**

Pagadero para uno de los siguientes: muletas, soportes para rodillas, soportes para espalda, caminadoras o sillas de ruedas. No pagadero para dispositivos prostéticos.

#### **Beneficio de sangre, plasma y plaquetas**

Pagadero para sangre, plasma y plaquetas. Este beneficio no ofrece beneficios para inmunoglobulinas.

#### **Beneficio por quemaduras**

Pagadero por quemaduras de segundo y tercer grado cuando las trata un médico dentro de las 72 horas.

#### **Beneficios por conmoción cerebral**

Pagadero para una persona que sufre una conmoción cerebral y es diagnosticada por un médico dentro de las 72 horas usando cualquier tipo de imágenes para diagnóstico médico.

#### **Beneficios por dislocaciones**

El monto pagadero varía según la articulación involucrada, el tipo de tratamiento y el tipo de anestesia. Si una persona sufre más de una dislocación en un accidente, pagaremos por todas las dislocaciones hasta dos veces el monto indicado en el programa de beneficios para la dislocación involucrada que tenga el monto de beneficio más alto. No se pagará otro monto según este beneficio. Los beneficios son pagaderos solo por la primera dislocación de una articulación que ocurra mientras esta póliza está en vigencia.

#### **Beneficio de trabajo odontológico de emergencia**

Pagadero por reparación de diente natural cuando es tratado por un médico o un dentista. El tratamiento odontológico inicial debe recibirse dentro de las 72 horas.

#### **Beneficio de cirugía exploratoria con reparación quirúrgica**

Pagadero cuando se realiza una cirugía exploratoria sin reparación quirúrgica.

#### **Beneficio por lesión ocular**

Pagadero para uno o ambos ojos que requieran tratamiento por un médico debido a un Accidente.

#### **Beneficio de alojamiento y comidas para familiar**

Pagadero por alojamiento y comidas para que un familiar esté cerca de la Persona que está internada en un hospital que no es local. El hospital debe estar al menos a 50 millas de distancia, de viaje de ida desde la residencia de la Persona cubierta o sitio del Accidente, lo que sea más cercano.

#### **Beneficios por fracturas**

Varía según el hueso involucrado, el tipo de fractura y el tipo de tratamiento. Si la Persona se fractura más de un hueso, el pago se realiza por todas las fracturas hasta dos veces la cantidad para el hueso involucrado que tenga el monto de beneficio más alto.

#### **Beneficio de admisión en hospital**

Paga por admisión para internación en un hospital. Este beneficio no paga por tratamiento ambulatorio, tratamiento en la sala de emergencias o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación.

#### **Beneficio por internación hospitalaria**

Paga un beneficio diario por una internación hospitalaria que dura más de 18 horas por hasta 365 días.

#### **Beneficio de la unidad de cuidados intensivos**

Pagadero por cada día de internación en una unidad de cuidados intensivos, según se define en la póliza, por hasta 15 días. Este beneficio se pagará además del monto del beneficio por internación hospitalaria.

#### **Beneficio por lesiones internas**

Pagadero por una cirugía abdominal o torácica abierta realizada dentro de las 72 horas.

#### **Beneficio por laceraciones**

Este beneficio varía según la gravedad de la laceración debido a un Accidente.

#### **Beneficio de imágenes para diagnóstico médico**

Pagadero para una resonancia magnética (MRI), una tomografía computarizada (CT), una tomografía axial computarizada (CAT), una tomografía por emisión de positrones (PET) o un ultrasonido debido a un accidente.

#### **Beneficio por tratamiento inicial de accidente que no es una emergencia**

Pagadero por tratamiento médico inicial cuando el tratamiento se recibe más de 72 horas después de un accidente. El tratamiento médico inicial debe: (1) recibirse en el consultorio de un médico o sala de emergencias; y (2) ser el primer tratamiento; y (3) ocurrir dentro de los 30 días.

#### **Beneficio por tratamiento de seguimiento por accidente que no es una emergencia**

Pagadero solo si el beneficio por tratamiento inicial de accidente que no es una emergencia es pagadero y luego requiere tratamiento adicional de seguimiento. Pagaremos hasta dos tratamientos de seguimiento. No pagadero por la misma consulta para la que se paga el beneficio por terapia física o beneficio de seguimiento por accidente.

#### **Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria**

Cuando un procedimiento quirúrgico se realiza en forma ambulatoria en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria, pagaremos el monto de indemnización mostrado en el programa de beneficios para la tarifa de la instalación cobrada por dicho hospital o centro de cirugía ambulatoria. Solo pagaremos un beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria en un periodo de 24 horas, incluso si se realiza más de un procedimiento quirúrgico. Este beneficio no será pagado por cirugía realizada en una sala de emergencias de un hospital o en el consultorio de un médico.

#### **Beneficio por parálisis**

La duración de la parálisis debe ser de 3 meses consecutivos como mínimo. Pagado una vez por vida por persona.

#### **Beneficio de terapia física**

Pagadero por un tratamiento por día, hasta ocho tratamientos por un cuidador con licencia para terapia física. Este beneficio no es pagadero por la misma consulta para la que se paga el beneficio por tratamiento de seguimiento por accidente o el beneficio de seguimiento que no es una emergencia.

## Puntos destacados de los beneficios del plan(cont.)

### Beneficio de prótesis

Pagadero para el uso de una prótesis. Este beneficio no es pagadero para audífonos; dispositivos de odontología; lentes; dientes postizos; ayudas cosméticas tales como pelucas; o reemplazos de articulaciones como caderas o rodillas artificiales.

### Beneficios por tendones, ligamentos, manguito rotador

Pagadero para la reparación de uno o más tendones, ligamentos o manguitos rotadores. Los tendones, ligamentos o manguito rotador deben repararse a través de cirugía realizada por un médico, como resultado de un accidente.

### Beneficio por cartilago de rodilla desgarrado o ruptura de disco

Pagadero por reparación quirúrgica como resultado de un accidente.

### Beneficio de transporte

Pagadero para el transporte cuando se necesita tratamiento especializado e internación hospitalaria en un hospital que no es local. Un hospital que no es local debe estar al menos a 50 millas de distancia, de viaje de ida, usando la ruta más directa, desde la residencia de la Persona cubierta o sitio del Accidente, lo que sea más cercano. El viaje debe ser en autobús, avión o tren con horario, o en automóvil. El servicio de ambulancia no califica para este beneficio. El tratamiento debe ser indicado por un médico y no estar disponible localmente. Este beneficio es pagadero por hasta tres viajes de ida y vuelta por año calendario.

### Beneficio de buen estado de salud

Después de que la cobertura esté en vigencia durante el periodo de espera indicado, usted puede recibir un beneficio para un examen físico anual de rutina que incluye inmunizaciones y pruebas preventivas. Los servicios deben ser supervisados por un médico y se debe incurrir en un cargo por el servicio. El beneficio no se aplica a exámenes odontológicos u oftalmológicos y se paga una vez por póliza, por año calendario.

### Beneficio de radiografía

Pagadero cuando se realiza una radiografía debido a lesiones sufridas en un Accidente cubierto. La radiografía debe realizarse por pedido de un médico. Este beneficio no cubre ninguna prueba pagadera según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico o cualquier otra prueba de imágenes para diagnóstico médico o detección de problemas de salud.

### Limitaciones y exclusiones para la póliza y cláusula adicional de mejora de beneficios

No se brindará beneficio alguno por un accidente que sea causado o que ocurra como resultado de:

- (1) lesiones corporales autoinfligidas intencionales, suicidio o intento de suicidio, ya sean en estado de lucidez o demencia;
- (2) participación en cualquier forma de vuelo que no sea como pasajero que pague tarifa en una aeronave con autorización para transportar pasajeros;
- (3) todo acto que fue causado por guerra, declarada o no declarada, o servicio en cualquiera de las fuerzas armadas;

- (4) participación en una actividad o evento mientras está bajo la influencia de algún narcótico, a menos que lo administre un médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del médico;
- (5) participación o intento de participación en un delito grave, disturbio o insurrección. (Un delito grave está definido por las leyes de la jurisdicción en la cual se realice la acción);
- (6) participación en cualquier deporte por pago o ganancia;
- (7) participación en cualquier competencia de velocidad en un vehículo de potencia a cambio de un pago o ganancia;
- (8) participación en paracaidismo, puenting, rappel, escalada de montañas o vuelo en ala delta.

Un Accidente se define como un suceso súbito, inesperado y no deseado, que resulte en lesión corporal, que sea independiente de una enfermedad o achaque corporal o cualquier otra causa. La póliza no pagará beneficios por lesiones recibidas antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que se agraven o se repitan por cualquier evento que ocurra después de la fecha de entrada en vigencia.

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

La elegibilidad incluye a usted, su cónyuge legal y cada hijo biológico, adoptado o hijastro que tenga menos de 26 años.

### Renovación garantizada

Usted no puede sufrir un aumento en la tarifa en forma individual por ningún motivo. El asegurador tiene derecho a aumentar las tarifas de las primas solo si cambian las tarifas para todas las pólizas en esta clase.

### Notificación de terminación

La póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura finalizará para todas las personas con cobertura en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; o la finalización del mes de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para terminar la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); o la fecha de su muerte, si es un plan individual. Si el plan no es individual, las personas con cobertura que continúen con vida podrán tener derecho a continuar o convertir su cobertura. La cobertura para cualquier persona con cobertura terminará cuando ellos ya no cumplan con los requisitos para ser elegibles.

Consulte la sección de puntos destacados de los beneficios del plan para ver más descripciones de beneficios sobre la póliza de seguro solo por accidente y la cláusula adicional de mejora de beneficios.

Protegido por American Fidelity Assurance Company. Esta es una descripción breve de la cobertura. Este producto tiene limitaciones y exclusiones. Para conocer los detalles completos de los beneficios y otras disposiciones, consulte su póliza/certificado, AO-03, y la Cláusula adicional de mejora de beneficios solo por accidente, serie AMDI-258. Esta cobertura no es un reemplazo del seguro de compensación de los trabajadores. La disponibilidad de las cláusulas adicionales puede variar según el empleador. Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.

Comercializado por:



First Financial Group of America  
11811 N. Freeway, Suite 900 Houston, TX 77060  
Local: (281) 847-8422 / Línea gratis: (800)523-8422  
[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

Protegido y administrado por:



American Fidelity Assurance Company  
9000 Cameron Parkway, Oklahoma City, Oklahoma 73114  
800-662-1113 • [americanfidelity.com](http://americanfidelity.com)



# Menos estrés

## Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

### Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. De cualquier manera, puede prepararse para contar con una protección financiera adicional.

### ¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria?

Con este plan, se pagan beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista debido a una enfermedad, lesión, cirugía o parto. Se paga un beneficio en una suma única por el ingreso y un beneficio diario por la internación cubierta en el hospital. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

### ¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una internación en el hospital.

Con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

**El plan de indemnización hospitalaria de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).**

[Aetna.com](http://Aetna.com)

57.03.509.2 (02/21)

### ¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

### Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si lo ingresan en un hospital y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



## Es algo que sucede...

En 2020, se gastaron **\$1.24 billones** en servicios hospitalarios. El **60% al 65%** de todas las quiebras están relacionadas con gastos médicos.<sup>1</sup>



### Preparado... o no

Carter\* trabaja mucho, por lo que no siempre baja el ritmo para prestar atención a las señales del cuerpo. Sin darse cuenta, un poco de tos se convirtió en neumonía, y terminó internado.

Afortunadamente, contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. Presentó su reclamo, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Ese dinero lo ayudó a compensar el tiempo que no trabajó durante su recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora puede enfocarse más en su salud.

## A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



<sup>1</sup> Debt.org. Hospital and Surgery Costs (Costos de cirugía y hospital). Octubre de 2021.

Disponible en: <https://www.debt.org/medical/hospital-surgery-costs/>. Consultado el 3 de junio de 2022.

\* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

## **ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.**

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por internación en el hospital. Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

**Las formas de póliza emitidas en Misuri y Oklahoma incluyen las siguientes:** GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.



# Resumen de Beneficios

San Angelo ISD

802746

## Indemnización hospitalaria de Aetna

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

**Aquí hay un ejemplo de cómo el plan puede ayudarlo:**



Tiene un evento inesperado y debe ir al hospital.

Es internado en el hospital y pasa dos días allí.

Usted presenta su reclamo de hospital a Aetna.

Aetna paga los beneficios directamente a usted. .

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones son por cada persona cubierta.

**El Plan de Indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por confinamiento en el hospital con otros beneficios de indemnización fijos. ESTES PLANES NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYEN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes proporcionan beneficios limitados; estos beneficios pagan los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Estos pagos por beneficios no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que las facturas del proveedor se salden. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.**

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). **Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.**

**Esta póliza, en sí, no cumple con las normas de Cobertura mínima comprobable de Massachusetts.**

| Beneficios de paciente hospitalizado   | Bajo    | Alto    |
|--|---------|---------|
| <p><b>Admisión hospitalaria: admisión</b><br/> Paga el beneficio de una suma global por el día inicial de su admisión en un centro médico designado por el empleador. Las internaciones en la unidad de observación que se extiendan más de 24 horas serán pagaderas según los beneficios de ingreso y de internación.<br/> Máximo de 1 admisión hospitalaria por año del plan</p> | \$1,000 | \$1,500 |
| <p><b>Estadía hospitalaria: diario</b><br/> Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación que no sea de la UCI de un hospital.<br/> Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>  | \$100   | \$150   |
| <p><b>Estadía hospitalaria: diario (UCI)</b><br/> Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital.<br/> Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>   | \$200   | \$300   |
| <p><b>Cuidado rutinario del recién nacido</b><br/> Paga un beneficio de suma global después del nacimiento de su recién nacido. Esto no pagaría por un nacimiento ambulatorio.</p>   | \$100   | \$200   |
| <p><b>Unidad de observación</b><br/> Proporciona un beneficio de suma global por el primer día de su estadía en una unidad de observación como resultado de una enfermedad o lesión accidental.<br/> Máximo de <b>1 día</b> por año del plan</p>   | \$100   | \$200   |
| <p><b>Estadía por abuso de sustancias: diario</b><br/> Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de abuso de sustancias tóxicas.<br/> Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>   | \$100   | \$150   |
| <p><b>Estadía por trastorno mental: diario</b><br/> Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de trastornos mentales.<br/> Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>  | \$100   | \$150   |
| <p><b>Estadía en una unidad de rehabilitación: diario</b><br/> Paga un beneficio cada día de su estadía en una unidad de rehabilitación inmediatamente después de su estadía hospitalaria debido a una enfermedad o lesión accidental.<br/> Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>  | \$50    | \$75    |

**Nota importante:**

**Todas las estadías para pacientes hospitalizados cuentan para el máximo del año del plan.**

| Beneficio de evaluación de salud   | Bajo  | Alto |
|--|---|------|
| <b>Beneficio de evaluación de salud</b>  | \$50  | \$50 |
| Paga un beneficio de suma global si una persona asegurada recibe algunas de las pruebas de detección médica aprobadas. Se debe incurrir en un gasto por la atención de una persona asegurada debido a pruebas de detección; y el servicio no debe prestarse o recibirse para diagnosticar o tratar una enfermedad identificada o sospechada.   |   |      |
| Máximo de <b>1</b> evaluación de salud, por año del plan   |   |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil de lipoproteínas (suero más HDL, LDL y triglicéridos)</li> <li>• Análisis de glucosa en sangre en ayunas</li> <li>• Exámenes Doppler para la enfermedad vascular periférica (también conocido como arteriosclerosis)</li> <li>• Ultrasonido Doppler carotídeo</li> <li>• Electrocardiograma (EKG, ECG)</li> <li>• Ecocardiograma (ECHO)</li> <li>• Radiografía del pecho (CXR)</li> <li>• Termografía</li> <li>• Examen de ultrasonido para aneurismas aórticos abdominales</li> <li>• Examen de médula ósea</li> <li>• Inmunizaciones para adultos y niños</li> <li>• Vacuna contra el VPH (virus de papiloma humano)</li> <li>• Medición de la densidad de masa ósea (DEXA, DXA)</li> <li>• Detección de cáncer de piel</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Electroforesis de proteínas en suero (prueba de sangre para el mieloma)</li> <li>• Examen para antígeno prostático específico (PSA)</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible</li> <li>• Exámenes rectales digitales (DRE)</li> <li>• Examen de sangre oculta en las heces</li> <li>• Colonoscopia</li> <li>• Colonoscopia virtual</li> <li>• Antígeno carcinoembrionario (CEA)</li> <li>• Examen 15-3 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de mama)</li> <li>• Mamografía</li> <li>• Ultrasonido de seno (mama)</li> <li>• Examen 125 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de ovario)</li> <li>• Pruebas Papanicolaou</li> <li>• Exámenes de anomalías citológicas</li> <li>• Prueba de Papanicolaou ThinPrep</li> </ul> |      |

**Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID 19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud**

## Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

## Renuncia de la prima

Si su estadía en un hospital dura más de 30 días consecutivos, vamos a renunciar a la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que se produce después del día 30 de su estadía, durante los próximos 6 meses de cobertura. Durante esta estadía, usted debe permanecer empleado con el asegurado.

## Exclusiones y limitaciones

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

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, incluyendo, pero sin limitación: montar en globo, salto bungee, paracaidismo, salto libre
2. Cualquier concurso atlético competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficiar o entrenar, para el cual usted recibe pago
3. Acto de guerra, motín, guerra
4. Dirigiendo, aprendiendo a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, motorizada o no
5. Asalto, delito, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado prestado por un cónyuge, padre o madre, hijo, hermano o cualquier otro integrante del hogar;
7. Servicios estéticos y cirugía plástica con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia
9. Servicios paliativos, salvo lo dispuesto específicamente en los beneficios bajo la sección de su plan del certificado
10. Daño propio, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso del dispositivo celular del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo de motor
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o de sus territorios;
13. Servicios de educación, formación o volver a entrenar o pruebas
14. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier intoxicante de drogas;
15. Exámenes excepto como se proporcionan específicamente en los Beneficios bajo la sección de su plan del certificado
16. Cuidado y tratamiento dental y de ortodoncia
17. Servicios de planificación familiar
18. Cualquier cuidado, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad
19. Suplementos nutricionales, incluyendo sin limitaciones: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas
20. Rehabilitación cognitiva ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla por cualquier motivo
21. Cuidado relacionado con la visión

## Preguntas frecuentes sobre los planes de indemnización hospitalaria

### **¿Tengo que estar activamente en el trabajo para inscribirme en la cobertura?**

Sí, debe estar activamente en el trabajo a fin de inscribirse y para que la cobertura esté en vigor. Usted está activamente en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para ser elegible para inscribirse.

### **¿Puedo inscribirme en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna aunque tenga una Cuenta de ahorros médica (en inglés. HSA)?**

Sí, aún puede inscribirse en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de ahorros médicos.

### **¿Qué se considera una estadía de hospital?**

Una estadía es un período durante el cual usted es admitido como paciente hospitalizado; y está confinado en un hospital, un centro médico residencial no hospitalario o centro médico de rehabilitación; y se cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades de custodia o personales que no requieren habilidades médicas o capacitación. Una estadía excluye específicamente el tiempo en el hospital para observación o en la sala de emergencias a menos que esto conduzca a una estadía en el hospital.

### **Si pierdo mi empleo, ¿me puedo llevar el Plan de Indemnización hospitalaria conmigo?**

Si usted pierde su empleo, puede continuar la cobertura bajo la disposición de Portabilidad. Usted tendrá que pagar las primas directamente a Aetna.

### **¿Cómo presento un reclamo?**

Ingrese a [myaetnasupplemental.com](http://myaetnasupplemental.com) y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso.

### **¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?**

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

### **¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?**

Llámenos. Queremos que entienda estos beneficios antes de decidir a inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios al cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al número sin cargo **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder preguntas antes y después de inscribirse.

## Información importante acerca de sus beneficios

**PARA QUE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA SEAN PAGADEROS, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBEN SER POSTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.**

### Quejas y apelaciones

Díganos si usted no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que hacemos negocios. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja verbal o para pedir la dirección de correo postal para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios al Miembro a través del sitio de Internet seguro del miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si usted no está de acuerdo con una denegación de reclamo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamo fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

### Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud. La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican a usted.

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la administración de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés).

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones de mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica.

Dichas partes están obligados a mantener su información privada como lo requiere la ley. Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información son: pagar los reclamos, tomar decisiones acerca de lo que el plan cubre, coordinación de los pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o falta de su información personal, usted puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-800-607-3366 and an Aetna representative will connect you with an interpreter. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame al Servicios al Miembro a 1-800-607-3366, y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marcar 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

**ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS:** A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio de Internet del Conector en **(www.mahealthconnector.org)**. ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

#### **Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras**

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., la cobertura es considerada inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar para atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en **http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx**.

#### **Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna).**

Este material es solo para fines informativos y no constituye una oferta ni invitación de contrato. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios. Para más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

**Los formularios de Póliza de Indemnización hospitalaria emitidos en Idaho, Oklahoma y Missouri incluyen:** AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.



## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

---

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

---

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

---

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

---

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

---

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

---

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

---

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

---

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

---

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

---

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

---

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

---

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

---

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

---

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

---

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

---

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

---



## HOJA DE TARIFAS

**Las tarifas que se muestran se basan en deducciones mensual. Sus deducciones de nómina se tomarán después de impuestos.**



### Plan de Indemnización hospitalaria

*Usted puede inscribirse en una sola opción*

| <u>Bajo</u>              |  | <u>Costo</u> |  | <u>Alto</u>              |  | <u>Costo</u> |  |
|--------------------------|--|--------------|--|--------------------------|--|--------------|--|
| Sólo para usted          |  | \$16.40      |  | Sólo para usted          |  | \$24.22      |  |
| Usted mismo y su cónyuge |  | \$35.05      |  | Usted mismo y su cónyuge |  | \$51.67      |  |
| Usted mismo más niño(s)  |  | \$25.39      |  | Usted mismo más niño(s)  |  | \$37.43      |  |
| Usted y su familia       |  | \$40.85      |  | Usted y su familia       |  | \$60.03      |  |

### **ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.**

**Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna).** Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud suplementarios proporcionan beneficios limitados. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta o invitación a contratar. 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 [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

**Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras:** si la cobertura provista por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE. UU., la cobertura se considerará inmediatamente inválida. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar por atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en

<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

**Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen:** AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.



## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

---

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

---

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

---

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

---

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

---

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

---

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

---

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

---

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

---

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

---

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

---

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

---

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

---

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

---

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

---

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

---

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

---



## COSTES DE TRASPORTE DE EMERGENCIA

MASA MTS está aquí para proteger a sus miembros y a sus familias afectadas por las limitaciones relacionadas a la cobertura del seguro de salud, proporcionándoles protección financiera integral para los servicios de transporte de emergencia que salvan vidas, tanto en casa como fuera de casa.

Muchos empleadores y empleados estadounidenses creen que sus pólizas de seguro de salud cubren la mayoría, si no todos, los gastos de ambulancia. ¡La verdad es que NO es así!

Incluso después de los pagos del seguro para el transporte de emergencia, usted podría recibir una factura de hasta \$ 5,000 para una ambulancia terrestre y hasta \$ 70,000 para una ambulancia aérea. Las cargas financieras para los gastos de transporte médico son muy reales.



## MASA ES DIFERENTE

En los Estados Unidos hay miles de proveedores de ambulancias terrestres y cientos de transportistas aéreos. ¡SÓLO MASA ofrece una cobertura integral ya que MASA es un PAGADOR y no un PROVEEDOR! SÓLO MASA brinda cobertura a más de 1.6 millones de miembros para AMBOS transportes (ambulancias terrestres y ambulancias aéreas), SIN IMPORTAR cuál proveedor los transporta. ¡Los miembros están cubiertos EN CUALQUIER LUGAR en los 50 estados y Canadá! La cobertura mundial también está disponible con nuestra Membresía Platino. Además, MASA proporciona un beneficio de repatriación: si un miembro está hospitalizado a más de 100 millas de su hogar, MASA puede organizar y pagar para que lo transporten a un hospital más cercano a su lugar de residencia.



En la tierra. En el aire.  
En cualquier lugar.®

## NUESTROS BENEFICIOS

### Beneficios\*

### Urgente

\$9/Mes

Transporte Terrestre  
Urgente

EE.UU./Canadá

Transporte Aéreo  
Urgente

EE.UU./Canadá



Una membresía de MASA lo prepara para lo inesperado y le brinda la tranquilidad de acceder a transporte médico de emergencia vital sin importar dónde viva, por una tarifa mensual mínima.

- Una tarifa baja para toda la familia
- SIN deducibles
- SIN preguntas sobre la salud
- Con un proceso de reclamo fácil

Para más información, por favor comuníquese con

**CADA FAMILIA MERECE UNA MEMBRESÍA MASA**

\* Por favor consulte el Contrato para obtener una explicación detallada de los beneficios y la elegibilidad.

\*\* Área de Cobertura Básica (ACB) incluye los EE. UU., Canadá, México y el Caribe (excluyendo Cuba).



**RESUMEN de BENEFICIOS DEL GRUPO  
Para SAN ANGELO ISD / TEEBC TRUST - #F021842 – 335**

La muerte de un proveedor de familia puede significar que una familia sólo no se encontrará afrontando la pérdida de uno amado, sino también la pérdida de estabilidad. Con el plan de Seguro de Vida de Blue Cross and Blue Shield of Texas, un empleado puede conseguir la tranquilidad de ánimo dando a su familia la seguridad de la que ellos pueden depender.

**SEGURO DE VIDA Y DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)**

|   |  |
|---|--|
| <b>Elegibilidad</b>                                       | Todos los Empleados Elegibles, Activos y de Jornada Completa trabajando regularmente 15 horas a la semana y todos los Empleados elegibles activos y de Tiempo Parcial que trabajan regularmente 10 horas por semana son elegibles para el seguro en la fecha de contratación.  |
| <b>Beneficio de Vida y de AD&amp;D – Empleado</b>         | \$15,000   |
| <b>Cantidad Garantizada – Empleado</b>                    | \$15,000   |
| <b>Horario de Reducción de Edad</b>                       | Beneficios terminan al llegar al retiro.   |
| <b>Renuncia de Prima</b>                                  | Si un empleado no puede entrar en cualquier ocupación a consecuencia de herida o enfermedad por un mínimo de 9 meses, antes de la edad de 60, la prima será renunciada para los seguros de vida del empleado hasta que el empleado ya no sea incapacitado o hasta los 65 años de edad, el que ocurre primero.  |
| <b>Definición de Incapacidad</b>                          | Diagnosticado por un médico para ser completamente incapaz, a causa de la enfermedad o la herida para entrar en cualquier ocupación para el sueldo o la ganancia o para cualquier ocupación en que ellos llegan a ser calificados por educación, entrenando o experiencia.   |
| <b>Revelación de Beneficio de Muerte Acelerada (ADB):</b> | Sobre la petición del empleado, este beneficio paga una cantidad global hasta 75% de los seguros de vida del empleado, si diagnosticado con una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos. El mínimo: \$7,500. El máximo: \$250,000. La cantidad de seguros de vida de término de grupo de otro modo pagadero sobre la muerte del empleado será reducida por el ADB. |
| <b>Privilegio de Conversión</b>                           | Incluido.  |
| <b>Servicios de Recurso para Beneficiarios</b>            | Incluye terapia de sufrimiento, consejos legales y financiero para beneficiarios, y planificación de entierro; y biblioteca legal en línea, incluso plantillas para crear un testamento legal y otros documentos legales.  |
| <b>Servicios de Recurso de Viaje</b>                      | Ayudan a viajeros tratar con el inesperado que puede suceder al viajar. Los servicios incluyen ayuda médica de emergencia, financiera, legal y ayuda de comunicación, y el acceso a otros servicios y recursos críticos disponibles a través del Internet.   |

Este documento es para objetivos ilustrativos solamente. Las pólizas de seguro de incapacidad y las de vida referidas pueden no estar disponibles en todos los estados. Todas las pólizas son sujetas de publicar limitaciones, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones de preexistencia. Sólo la póliza puede proporcionar los términos actuales de la cobertura.

Para uso del empleado. Los productos de seguro son 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, licenciataria 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 los planes de Blue Cross and Blue Shield.



## MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) – SUMARIO DEL PROGRAMA

Los beneficios de AD&D es un beneficio adicional por fallecimiento que paga en caso en que un cubrió empleado se muere o es desmembrado en un cubrió accidente. El beneficio AD&D es un alcance de 24 horas.

| <b>AD&amp;D Horario de Pérdida *</b>                         | <b>Cantidad de Beneficio</b> |
|--|------------------------------|
| Pérdida de Vida  | 100%                         |
| Pérdida de Dos o más miembros                                | 100%                         |
| Pérdida de Discurso y Audición                               | 100%                         |
| Pérdida de Vista de Ambos Ojos                               | 100%                         |
| Pérdida de Una Mano y Vista de Un Ojo                        | 100%                         |
| Pérdida de Un Pies y de Vista de Un Ojo                      | 100%                         |
| Cuadriplejia   | 100%                         |
| Paraplejia   | 75%                          |
| Hemiplejia   | 50%                          |
| Pérdida de Vista de Un Ojo; Pérdida de una Mano o Un Pies    | 50%                          |
| Pérdida de Discurso o Audición                               | 50%                          |
| Pérdida del dedo Pulgar y el Índice de Misma Mano; Uniplejia | 25%                          |

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

### Características adicionales de AD&D:

- Beneficio con Cinturón de Seguridad y de Bolsa de Aire
- Beneficio de Educación
- Beneficio Repatriación

Exclusiones -Nosotros no pagaremos ningún beneficio para ninguna pérdida que, directamente ni indirectamente, resulte en ninguna manera de o es contribuido por:

1. Enfermedad o debilidad de la mente o cuerpo y cualquier tratamiento que requiera la misma;
2. Infección, menos una infección formando de un corte o herida accidentales;
3. Suicidio o intento de suicidio;
4. Accidente infligida intencionalmente;
5. Guerra, o acto de guerra;
6. Viaje o el vuelo en un avión mientras un miembro de la tripulación;
7. Comisionado para, participando en un delito;
8. Estar bajo la influencia de cierta drogas, narcóticos, o alucinógeno, a menos que dicha droga sea prescrita por un médico;
9. Intoxicación como definido por las leyes de la jurisdicción en la que el accidente ocurrió;
10. Participación en un disturbio.

Este documento es para objetivos ilustrativos solamente. Las pólizas de seguro de incapacidad y las de vida referidas pueden no estar disponibles en todos los estados. Todas las pólizas son sujetas de publicar limitaciones, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones de preexistencia. Sólo la póliza puede proporcionar los términos actuales de la cobertura.

Para uso del empleado. Los productos de seguro son 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, licenciataria 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 los planes de Blue Cross and Blue Shield.



## COBERTURA SUPLEMENTARIA DE VIDA para SAN ANGELO ISD / TEEBC TRUST - #F021842 – 335

|  |  |
|--|--|
| <b>Elegibilidad</b>  | Todos los Empleados Elegibles, Activos y de Jornada Completa trabajando regularmente 15 horas a la semana y todos los Empleados elegibles activos y de Tiempo Parcial que trabajan regularmente 10 horas por semana son elegibles para el seguro en la fecha de contratación.  |
| <b>Beneficio de Vida – Empleado</b>                                  | \$10,000 - \$500,000 en incrementos de \$10,000  |
| <b>Cantidad Garantizada – Empleado</b>                               | El menor de \$250,000 o 3 veces el Salario Básico del Empleado.  |
| <b>Beneficio de Vida – Cónyuge</b><br>Incluye Compañeros Domésticos. | Desde \$10,000 hasta \$50,000 en incrementos de \$10,000, pero no debe exceder el 50% del beneficio del empleado.  |
| <b>Cantidad Garantizada – Cónyuge</b>                                | \$50,000   |
| <b>Beneficio de Vida – Hijo(s)</b>                                   | \$2,000 hasta \$10,000 en incrementos de \$2,000.  |
| <b>Horario de Reducción de Edad</b>                                  | Los beneficios Suplementario del Empleado reducen por 35% de la cantidad original a la edad de 65 años, 55% de la cantidad original a la edad de 70 años, 70% de la cantidad original a la edad de 75 años y 80% de la cantidad original a la edad de 80 años. Beneficios terminan a la llegada del retiro.<br><br>Los beneficios Suplementario de Vida del Cónyuge terminan a la llegada del retiro o terminación del Empleado. |
| <b>Contribución del Empleado</b>                                     | 100%   |
| <b>Renuncia de Prima</b>   | Si un empleado no puede entrar en cualquier ocupación a consecuencia de herida o enfermedad por un mínimo de 9 meses, antes de la edad de 60, la prima será renunciada para los seguros de vida del empleado hasta que el empleado ya no sea incapacitado o hasta los 65 años de edad, el que ocurre primero.  |
| <b>Revelación de Beneficio de Muerte Acelerada (ADB):</b>            | Sobre la petición del empleado, este beneficio paga una cantidad global hasta 75% de los seguros de vida del empleado, si diagnosticado con una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida de 12 meses o menos. El mínimo: \$7,500. El máximo: \$250,000. La cantidad de seguros de vida de término de grupo de otro modo pagadero sobre la muerte del empleado será reducida por el ADB.                                 |
| <b>Privilegio de Portabilidad</b>                                    | Incluido (Empleado)  |
| <b>Privilegio de Conversión</b>                                      | Incluido.  |
| <b>Exclusiones</b>   | Una exclusión de suicidio, por un año, aplica a la cobertura Suplementaria de Vida.  |

Este documento es para objetivos ilustrativos solamente. Las pólizas de seguro de incapacidad y las de vida referidas pueden no estar disponibles en todos los estados. Todas las pólizas son sujetas de publicar limitaciones, exclusiones y otras condiciones de cobertura, que pueden incluir un período de espera para condiciones de preexistencia. Sólo la póliza puede proporcionar los términos actuales de la cobertura.

Para uso del empleado. Los productos de seguro son 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, licenciataria 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 los planes de Blue Cross and Blue Shield.



**SAN ANGELO ISD /TEEBC TRUST F021842 - 335**

**Elegibilidad**

Todos los Empleados Activos y de Jornada Completa trabajando regularmente 15 horas por semana y Todos los Empleados de Tiempo Parcial trabajando regularmente 10 horas por semana son elegible para el seguro en la fecha de contratación.

**Seguro Suplementario de Vida**

Cobertura del Empleado: **\$10,000 hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000**

Cobertura del Cónyuge: **\$10,000 hasta \$50,000 en incrementos de \$10,000  
(no debe exceder 50% del beneficio del empleado)**

NOTA: El Cónyuge no puede tener cobertura a menos que el empleado tenga cobertura.

**Cobertura del Hijo**

Nacimiento hasta 26 años: **\$2,000 hasta \$10,000 en incrementos de \$2,000**

**Cantidad Garantizada\***

Empleado: **El menor de \$250,000 o 3 veces de su Salario Básico Anual**

Cónyuge: **\$50,000**

**\*EMPLEADOS NUEVOS SOLAMENTE**

Empleado: Beneficios de Vida reducen por 35% de la cantidad original a la edad de 65 años, después por 55% a la edad de 70 años, por 70% a la edad de 75 años, y por 80% a la edad de 80 años. Beneficios terminan al llegar al retiro.

Cónyuge: Todos los beneficios terminan al llegar del retiro o terminación del Empleado.

**Seguro Suplementario de Vida**

**Costo de Prima (basado en 12 deducciones por año)**

| <b>Empleado</b>                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| <b>Seguro Suplementario de Vida</b> |                |
| Tarifas Mensual por \$1,000         |                |
| <b>Edad</b>                         | <b>Tarifas</b> |
| Menos de 20                         | \$0.043        |
| 20-24                               | \$0.043        |
| 25-29                               | \$0.043        |
| 30-34                               | \$0.060        |
| 35-39                               | \$0.068        |
| 40-44                               | \$0.102        |
| 45-49                               | \$0.145        |
| 50-54                               | \$0.247        |
| 55-59                               | \$0.434        |
| 60-64                               | \$0.536        |
| 65-69                               | \$0.859        |
| 70+                                 | \$1.479        |
| <b>Seguro Suplementario de Vida</b> |                |
| <b>Hijo(s) Dependiente</b>          |                |
| Prima Mensual por Familia           |                |
| <b>Vida</b>                         | <b>Prima</b>   |
| \$2,000                             | \$0.18         |
| \$4,000                             | \$0.36         |
| \$6,000                             | \$0.54         |
| \$8,000                             | \$0.72         |
| \$10,000                            | \$0.90         |

| <b>Cobertura</b> | <b>EDAD ALCANZADA</b> |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |            |
|------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
|                  | <b>&lt;20</b>         | <b>20-24</b> | <b>25-29</b> | <b>30-34</b> | <b>35-39</b> | <b>40-44</b> | <b>45-49</b> | <b>50-54</b> | <b>55-59</b> | <b>60-64</b> | <b>65-69</b> | <b>70+</b> |
| \$10,000         | \$0.43                | \$0.43       | \$0.43       | \$0.60       | \$0.68       | \$1.02       | \$1.45       | \$2.47       | \$4.34       | \$5.36       | \$8.59       | \$14.79    |
| \$20,000         | \$0.86                | \$0.86       | \$0.86       | \$1.20       | \$1.36       | \$2.04       | \$2.90       | \$4.94       | \$8.68       | \$10.72      | \$17.18      | \$29.58    |
| \$30,000         | \$1.29                | \$1.29       | \$1.29       | \$1.80       | \$2.04       | \$3.06       | \$4.35       | \$7.41       | \$13.02      | \$16.08      | \$25.77      | \$44.37    |
| \$40,000         | \$1.72                | \$1.72       | \$1.72       | \$2.40       | \$2.72       | \$4.08       | \$5.80       | \$9.88       | \$17.36      | \$21.44      | \$34.36      | \$59.16    |
| \$50,000         | \$2.15                | \$2.15       | \$2.15       | \$3.00       | \$3.40       | \$5.10       | \$7.25       | \$12.35      | \$21.70      | \$26.80      | \$42.95      | \$73.95    |
| \$60,000         | \$2.58                | \$2.58       | \$2.58       | \$3.60       | \$4.08       | \$6.12       | \$8.70       | \$14.82      | \$26.04      | \$32.16      | \$51.54      | \$88.74    |
| \$70,000         | \$3.01                | \$3.01       | \$3.01       | \$4.20       | \$4.76       | \$7.14       | \$10.15      | \$17.29      | \$30.38      | \$37.52      | \$60.13      | \$103.53   |
| \$80,000         | \$3.44                | \$3.44       | \$3.44       | \$4.80       | \$5.44       | \$8.16       | \$11.60      | \$19.76      | \$34.72      | \$42.88      | \$68.72      | \$118.32   |
| \$90,000         | \$3.87                | \$3.87       | \$3.87       | \$5.40       | \$6.12       | \$9.18       | \$13.05      | \$22.23      | \$39.06      | \$48.24      | \$77.31      | \$133.11   |
| \$100,000        | \$4.30                | \$4.30       | \$4.30       | \$6.00       | \$6.80       | \$10.20      | \$14.50      | \$24.70      | \$43.40      | \$53.60      | \$85.90      | \$147.90   |
| \$110,000        | \$4.73                | \$4.73       | \$4.73       | \$6.60       | \$7.48       | \$11.22      | \$15.95      | \$27.17      | \$47.74      | \$58.96      | \$94.49      | \$162.69   |
| \$120,000        | \$5.16                | \$5.16       | \$5.16       | \$7.20       | \$8.16       | \$12.24      | \$17.40      | \$29.64      | \$52.08      | \$64.32      | \$103.08     | \$177.48   |
| \$130,000        | \$5.59                | \$5.59       | \$5.59       | \$7.80       | \$8.84       | \$13.26      | \$18.85      | \$32.11      | \$56.42      | \$69.68      | \$111.67     | \$192.27   |
| \$140,000        | \$6.02                | \$6.02       | \$6.02       | \$8.40       | \$9.52       | \$14.28      | \$20.30      | \$34.58      | \$60.76      | \$75.04      | \$120.26     | \$207.06   |
| \$150,000        | \$6.45                | \$6.45       | \$6.45       | \$9.00       | \$10.20      | \$15.30      | \$21.75      | \$37.05      | \$65.10      | \$80.40      | \$128.85     | \$221.85   |
| \$160,000        | \$6.88                | \$6.88       | \$6.88       | \$9.60       | \$10.88      | \$16.32      | \$23.20      | \$39.52      | \$69.44      | \$85.76      | \$137.44     | \$236.64   |
| \$170,000        | \$7.31                | \$7.31       | \$7.31       | \$10.20      | \$11.56      | \$17.34      | \$24.65      | \$41.99      | \$73.78      | \$91.12      | \$146.03     | \$251.43   |
| \$180,000        | \$7.74                | \$7.74       | \$7.74       | \$10.80      | \$12.24      | \$18.36      | \$26.10      | \$44.46      | \$78.12      | \$96.48      | \$154.62     | \$266.22   |
| \$190,000        | \$8.17                | \$8.17       | \$8.17       | \$11.40      | \$12.92      | \$19.38      | \$27.55      | \$46.93      | \$82.46      | \$101.84     | \$163.21     | \$281.01   |
| \$200,000        | \$8.60                | \$8.60       | \$8.60       | \$12.00      | \$13.60      | \$20.40      | \$29.00      | \$49.40      | \$86.80      | \$107.20     | \$171.80     | \$295.80   |
| \$210,000        | \$9.03                | \$9.03       | \$9.03       | \$12.60      | \$14.28      | \$21.42      | \$30.45      | \$51.87      | \$91.14      | \$112.56     | \$180.39     | \$310.59   |
| \$220,000        | \$9.46                | \$9.46       | \$9.46       | \$13.20      | \$14.96      | \$22.44      | \$31.90      | \$54.34      | \$95.48      | \$117.92     | \$188.98     | \$325.38   |
| \$230,000        | \$9.89                | \$9.89       | \$9.89       | \$13.80      | \$15.64      | \$23.46      | \$33.35      | \$56.81      | \$99.82      | \$123.28     | \$197.57     | \$340.17   |
| \$240,000        | \$10.32               | \$10.32      | \$10.32      | \$14.40      | \$16.32      | \$24.48      | \$34.80      | \$59.28      | \$104.16     | \$128.64     | \$206.16     | \$354.96   |
| \$250,000        | \$10.75               | \$10.75      | \$10.75      | \$15.00      | \$17.00      | \$25.50      | \$36.25      | \$61.75      | \$108.50     | \$134.00     | \$214.75     | \$369.75   |

Los productos de seguro son 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, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield. Las disposiciones de la póliza pueden variar según el estado. Consulte su certificado o folleto de inscripción para obtener detalles sobre las características y limitaciones de la cobertura.

## Seguro Suplementario de Vida

TABLA DE PRIMA



BlueCross BlueShield  
of Texas

### SAN ANGELO ISD /TEEBC TRUST F021842 - 335

#### Elegibilidad

Todos los Empleados Activos y de Jornada Completa trabajando regularmente 15 horas por semana y Todos los Empleados de Tiempo Parcial trabajando regularmente 10 horas por semana son elegible para el seguro en la fecha de contratación.

#### Seguro Suplementario de Vida

Cobertura del Empleado: **\$10,000 hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000**

Cobertura del Cónyuge: **\$10,000 hasta \$50,000 en incrementos de \$10,000  
(no debe exceder 50% del beneficio del empleado)**

NOTA: El Cónyuge no puede tener cobertura a menos que el empleado tenga cobertura.

#### Cobertura del Hijo

Nacimiento hasta 26 años: \$2,000 hasta \$10,000 en incrementos de \$2,000

#### Cantidad Garantizada\*

Empleado: **El menor de \$250,000 o 3 veces de su Salario Básico Anual**

Cónyuge: **\$50,000**

\*EMPLEADOS NUEVOS SOLAMENTE

Empleado: Beneficios de Vida reducen por 35% de la cantidad original a la edad de 65 años, después por 55% a la edad de 70 años, por 70% a la edad de 75 años, y por 80% a la edad de 80 años. Beneficios terminan al llegar al retiro.

Cónyuge: Todos los beneficios terminan a llegar del retiro o terminación del Empleado.

#### Seguro Suplementario de Vida

Costo de Prima (basado en 12 deducciones por año)

| Cobertura | EDAD ALCANZADA |        |        |        |        |        |         |         |         |         |         |
|-----------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
|           | <20            | 20-24  | 25-29  | 30-34  | 35-39  | 40-44  | 45-49   | 50-54   | 55-59   | 60-64   | 65+     |
| \$10,000  | \$0.68         | \$0.68 | \$0.68 | \$0.68 | \$0.94 | \$1.62 | \$2.81  | \$4.59  | \$7.23  | \$11.22 | \$16.49 |
| \$20,000  | \$1.36         | \$1.36 | \$1.36 | \$1.36 | \$1.88 | \$3.24 | \$5.62  | \$9.18  | \$14.46 | \$22.44 | \$32.98 |
| \$30,000  | \$2.04         | \$2.04 | \$2.04 | \$2.04 | \$2.82 | \$4.86 | \$8.43  | \$13.77 | \$21.69 | \$33.66 | \$49.47 |
| \$40,000  | \$2.72         | \$2.72 | \$2.72 | \$2.72 | \$3.76 | \$6.48 | \$11.24 | \$18.36 | \$28.92 | \$44.88 | \$65.96 |
| \$50,000  | \$3.40         | \$3.40 | \$3.40 | \$3.40 | \$4.70 | \$8.10 | \$14.05 | \$22.95 | \$36.15 | \$56.10 | \$82.45 |

Los productos de seguro son 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, licenciataria 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 los planes de Blue Cross and Blue Shield. Las disposiciones de la póliza pueden variar según el estado. Consulte su certificado o folleto de inscripción para obtener detalles sobre las características y limitaciones de la cobertura.

| Cónyuge                      |         |
|------------------------------|---------|
| Seguro Suplementario de Vida |         |
| Tarifas Mensual por \$1,000  |         |
| Edad                         | Tarifas |
| Menos de 20                  | \$0.068 |
| 20-24                        | \$0.068 |
| 25-29                        | \$0.068 |
| 30-34                        | \$0.068 |
| 35-39                        | \$0.094 |
| 40-44                        | \$0.162 |
| 45-49                        | \$0.281 |
| 50-54                        | \$0.459 |
| 55-59                        | \$0.723 |
| 60-64                        | \$1.122 |
| 65+                          | \$1.649 |

| Seguro Suplementario de Vida |        |
|------------------------------|--------|
| Hijo(s) Dependiente          |        |
| Prima Mensual por Familia    |        |
| Vida                         | Prima  |
| \$2,000                      | \$0.18 |
| \$4,000                      | \$0.36 |
| \$6,000                      | \$0.54 |
| \$8,000                      | \$0.72 |
| \$10,000                     | \$0.90 |

La vida está llena de eventos inesperados que pueden impactar en la cobertura de tu seguro médico. Según la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), mejor conocida como COBRA, tienes el derecho de continuar tu cobertura de salud grupal, como tu seguro médico, odontológico, oftalmológico y cuentas de gastos flexibles, por un periodo de tiempo limitado.

## PUNTOS DESTACADOS

- Continuación temporal de cobertura que generalmente dura 18 meses debido a finalización del empleo o reducción de horas laborales, divorcio, muerte o un hijo que ya no califica como dependiente. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el periodo inicial de cobertura, podrían permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.
- Tú o el miembro de tu familia son responsables de notificar a tu empleador de un divorcio, separación legal o hijo que pierde el estado de dependiente dentro de un periodo de 60 días desde el evento. En el caso de la finalización del empleo, muerte o reducción de horas, tu empleador será responsable de informar al proveedor que tienes derecho a la continuación de la cobertura según COBRA.
- Los beneficios serán iguales a los que tenías durante tu empleo. Sin embargo, tú serás responsable de pagar la prima completa, más cualquier tarifa aplicable.

Clever RX | <https://partner.cleverrx.com/ffga> | 1.800.873.1195

Clever RX te ayuda a ahorrar dinero usando una tarjeta de ahorros para medicamentos de venta con receta. Se asociaron con la comunidad de atención de la salud para ofrecer a los participantes herramientas de vanguardia para ahorrar dinero. Te ayuda a ahorrar hasta un 80% en los medicamentos de venta con receta y con frecuencia resulta mejor que el copago promedio. Además, es totalmente gratis. Gracias a Clever RX, nunca volverás a pagar de más por un medicamento con receta.

## PUNTOS DESTACADOS

- Uso 100% GRATIS.
- Desbloquea descuentos en miles de medicamentos.
- Ahorra hasta un 80% en medicamentos de venta con receta. ¡Con frecuencia es mejor que el copago!
- Descarga la aplicación Clever RX usando la información en tu tarjeta para desbloquear ahorros exclusivos en más de 60,000 farmacias en todo el país.
- ¡Disponible para usarla ahora!

¡Usa Clever RX cada vez que pagues un medicamento para obtener ahorros instantáneos! Descarga la aplicación o ingresa al sitio web para saber el precio de un fármaco: <https://partner.cleverrx.com/ffga>.

