

Resumen de los beneficios

Enfermedades graves

Detalles de la cobertura	
El seguro voluntario de enfermedades graves de Symetra proporciona un pago en forma de una suma global si se diagnostica una enfermedad cubierta después de que entra en vigencia la cobertura para la persona diagnosticada. Las afecciones cubiertas incluyen enfermedades y/o problemas de salud graves como los que se especifican a continuación.	
Beneficios básicos	Cáncer invasivo: 100%; Cáncer menor: 25%; Cáncer de la piel: \$1,000; Ataque cardíaco: 100%; Accidente cerebrovascular: 100%; Arteriopatía coronaria que necesita cirugía o angioplastia: 50%; Paro cardíaco súbito: 100%; Accidente isquémico transitorio: 10%; Insuficiencia de órganos importantes: 100%; VIH laboral: 100%; Insuficiencia renal terminal: 100%; Pérdida de la vista: 100%; Pérdida del habla: 100%; Pérdida de la audición: 100%; Parálisis: 100% (cubre enfermedades y accidentes); Quemaduras graves: 100%
Afecciones neurológicas	ELA/otras enfermedades de las motoneuronas: 100%; Enfermedad avanzada de Alzheimer: 100%; Enfermedad de Parkinson: 100%; Esclerosis múltiple avanzada: 100%; Coma: 100% (cubre accidentes y enfermedades); enfermedad de Huntington: 50%; Tumor cerebral benigno: 100%
Afecciones infantiles	Anomalía congénita estructural mayor: 100%; Enfermedad metabólica congénita: 100%; Anomalía cromosómica congénita: 100%; Afección crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia: 100%
Otros beneficios	Hepatitis laboral: 100%; Enfermedad infecciosa: 25% (Estadía mínima en el hospital: 5 días)
Ocurrencias adicionales	Si le diagnostican una enfermedad grave cubierta y entonces, por lo menos un día después, le diagnostican una enfermedad grave cubierta diferente, también pagaremos el beneficio adicional por enfermedad grave para la segunda afección cubierta.
Opciones	
Beneficio de valoración de salud	Paga un beneficio anual de \$100 únicamente para gastos de rayos X y pruebas de laboratorio incurridos por el empleado, el cónyuge o el hijo. Se incluye el examen físico anual. Se incluyen las vacunaciones de la infancia.
Beneficio de recurrencia	Paga un beneficio adicional de 100% del beneficio de enfermedades graves cuando una enfermedad grave específica ocurre más de 6 meses después del primer diagnóstico. Cada problema médico es pagadero una cantidad ilimitada de veces, a menos que el certificado especifique otra cosa.
Exoneración del pago de primas	Ninguno

Cantidad(es) de beneficios para el empleado	
Beneficio de enfermedades graves para el empleado: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000	
Beneficio de emisión garantizada: Hasta \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000	
Cantidad(es) de beneficios para el dependiente	
Beneficio del cónyuge: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000, Beneficio de emisión garantizada: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000, Beneficio del hijo: 50% de la cantidad del beneficio NOTA: El monto del beneficio del cónyuge no puede exceder 100% del monto del beneficio del empleado.	
Definiciones	
Emisión garantizada	La emisión garantizada es la cantidad del beneficio disponible sin que se requiera un comprobante de asegurabilidad en el momento en que la persona sea elegible para la cobertura por primera vez.
Comprobante de asegurabilidad	Hay disponibles cantidades del beneficio de emisión garantizada sin necesidad de evaluación médica. No se requiere un comprobante de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI) en las inscripciones abiertas iniciales ni en las anuales. Excepto cuando se seleccione la cobertura durante un período de inscripciones, no se requerirá un EOI durante el año del plan cuando un empleado solicite la cobertura como empleado nuevo o como empleado existente después de un cambio en una situación de su vida que haya sido aprobado, cuando dichas elecciones se hagan dentro de 30 días a partir de la elegibilidad según el plan o el cambio de situación.
Reducción de la cantidad del beneficio con base en la edad	Ninguno
Pago del beneficio máximo de por vida	No hay un máximo de por vida
Período de espera del beneficio	Ninguno
Problema médico preexistente	Ninguno
Continuación de la cobertura	Incluido

Pueden aplicarse variaciones por estado.

Si la cobertura de enfermedades graves se ofrece actualmente a través de una compañía aseguradora diferente: Los participantes actuales de un plan existente recibirán crédito por el tiempo servido bajo esa póliza como parte de la característica de continuidad de la cobertura anterior de la póliza de enfermedades graves que ofrece Symetra Life Insurance Company. Symetra contará con la confirmación del estado de la cobertura existente por parte del titular de la póliza.

Las pólizas de seguro contra enfermedades graves han sido diseñadas para proporcionar beneficios de acuerdo con una cantidad fija preseleccionada en dólares para enfermedades graves específicas. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, y disposiciones de reducción y de terminación de los beneficios. Las pólizas no satisfacen los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las pólizas de enfermedades graves están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA 98004. El número de formulario de la póliza base es SBC-00535 en la mayoría de los estados y no se ofrece en todos los estados de EE.UU. ni en ningún territorio de los Estados Unidos.

Descripción de los beneficios para:

13468000 - Klein Independent School District

Enfermedades graves



Beneficio de enfermedad grave

El seguro de enfermedades graves proporciona un pago como suma global en el momento del primer diagnóstico de una enfermedad cubierta, una vez que la cobertura entre en vigencia.

Cáncer invasivo

El cáncer invasivo se define como un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y la diseminación de células malignas con invasión del tejido adyacente, confirmado con pruebas histológicas de la presencia de cáncer. Los cánceres invasivos incluyen leucemia, linfoma, sarcoma, melanoma maligno con un grosor mayor de 1 mm, cualquier tipo de cáncer de seno o mieloma múltiple. El cáncer invasivo debe ser diagnosticado por un especialista de acuerdo con un diagnóstico clínico o patológico.

Cáncer menor (*in situ*)

El cáncer menor (*in situ*) se define como un cáncer cuyas células tumorales se encuentran dentro del tejido de origen y no se han diseminado al tejido adyacente. Los cánceres no invasivos incluyen: leucemia linfocítica crónica que no ha progresado más allá de la etapa 0 de RAI; melanoma maligno en etapa 1A (T1a) (un melanoma con un grosor de 1.0 mm o menos, sin ulceraciones y sin invasión de nivel IV o de nivel V de Clark); o cáncer incipiente de próstata clasificado como T1a o T1b (o clasificación por etapas equivalente), sin afectación de los ganglios linfáticos ni metástasis distante. El diagnóstico tiene que ser confirmado con un informe de un especialista que incluya el informe de patología.

Cáncer cutáneo (en la piel) no de tipo melanoma

El cáncer cutáneo que no es de tipo melanoma se define como un tumor maligno que surge en la superficie de la piel y que consiste en cualquiera de lo siguiente: Carcinoma basocelular; carcinoma de células escamosas o carcinoma de células de Merkel. El diagnóstico tiene que realizarlo un especialista y estar basado en un examen patológico del tejido de las lesiones de la piel.

Ataque cardíaco (infarto de miocardio)

Un ataque cardíaco (infarto de miocardio) se define como la muerte isquémica de una parte del músculo del corazón debido a la obstrucción de una o más arterias coronarias. El diagnóstico tiene que realizarlo un especialista y estar basado en la medición en serie de biomarcadores cardíacos en la sangre que revele un patrón y un nivel congruente con un diagnóstico de ataque cardíaco (infarto de miocardio) y cualquier otro criterio diagnóstico que cumpla con la definición clínicamente aceptada de ataque cardíaco.

Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebrovascular es un evento cerebrovascular agudo que ocasiona la muerte irreversible de tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal o un infarto cerebral debido a una embolia o trombosis en un vaso intracraneal. Este evento debe dar como resultado un deterioro neurológico funcional con signos neurológicos anómalos objetivamente observados en un examen físico realizado por un especialista, y el diagnóstico también debe estar apoyado con los resultados de técnicas de imágenes cerebrales y debe ser congruente con el diagnóstico de un nuevo accidente cerebrovascular.

Enfermedad de las arterias coronarias que requiere cirugía o angioplastia

La enfermedad de las arterias coronarias que requiere cirugía o angioplastia se define como una enfermedad de las arterias coronarias en la que una o más de las arterias coronarias se encuentran bloqueadas, demostrada por angiografía coronaria con cateterización cardíaca, que requiere que el asegurado se someta a una intervención de revascularización coronaria o una angioplastia coronaria. El asegurado debe requerir una intervención de revascularización coronaria o una angioplastia de la(s) arteria(s) coronaria(s) que sigan las pautas clínicamente aceptadas de las cirugías cardiovasculares, ya sea como beneficio pronóstico o para una arteriopatía coronaria sintomática que no se puede manejar apropiadamente con un tratamiento médico óptimo.

Paro cardíaco súbito

El paro cardíaco súbito se define como la pérdida súbita e inesperada de la función cardíaca en la que el corazón, abruptamente y sin advertencia, deja de funcionar como resultado de una disfunción cardíaca del sistema eléctrico interno. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista, y el paro cardíaco súbito debe ser el resultado de una arteriopatía coronaria, miocardiopatía, hipertensión, valvulopatía, alteración primaria del ritmo cardíaco como el síndrome de Brugada o el síndrome de QT largo o una cardiopatía congénita.

Ataque isquémico transitorio (AIT)

Un Ataque isquémico transitorio (AIT) se define como un evento isquémico agudo en el que hay deterioros neurológicos funcionales temporales, sin evidencia de infarto cerebral agudo. El diagnóstico lo debe realizar un especialista según los criterios diagnósticos clínicos de la afección, incluidos los siguientes: Los estudios diagnósticos por imágenes no muestran daño en el tejido cerebral; la aparición nueva de impedimentos neurológicos funcionales reversibles; los impedimentos neurológicos temporales no son el resultado de convulsiones, migrañas, trastornos metabólicos, síncope ni de otras afecciones similares.

Insuficiencia de órganos importantes

La insuficiencia de órganos importantes se define como la falla o pérdida permanente de uno o más de los siguientes órganos: corazón, hígado, pulmón o páncreas que requiere el trasplante quirúrgico de un órgano humano. Un especialista tiene que determinar que es necesario el trasplante de uno o de una combinación de los órganos mencionados para tratar la insuficiencia orgánica del asegurado, y el asegurado debe participar activamente en el tratamiento teniendo como meta un trasplante eventual. El requisito de la meta de un trasplante se dispensa si el asegurado está demasiado enfermo para someterse a la cirugía de trasplante, pero que la cirugía se recomendaría de otra manera debido a la insuficiencia orgánica.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) laboral

La infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) laboral se define como una infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) provocada por una lesión accidental que expuso al asegurado a sangre o líquidos corporales contaminados por el VIH durante el transcurso de los deberes de la ocupación habitual del asegurado. El accidente que cause la infección con el VIH tiene que haber ocurrido en Estados Unidos o en sus territorios y mientras la persona estaba cubierta por la póliza. Además, el asegurado debe informar el accidente a su empleador en un lapso de 24 horas a partir del accidente.

Se debe cumplir con las siguientes dos condiciones:

- a. Se debe hacer una prueba de sangre en un lapso de 14 días del accidente, y los resultados deben indicar que no hay VIH ni anticuerpos del VIH.
- b. Se debe comprobar un resultado positivo en suero con otra prueba del VIH en un lapso de 180 días del accidente, que indique la presencia de una infección con el VIH.

Insuficiencia renal terminal (insuficiencia de riñón)

La insuficiencia renal terminal (insuficiencia de riñón) se define como la insuficiencia total e irreversible de ambos riñones que requiere diálisis renal regular permanente o un trasplante de riñón. Un especialista debe confirmar la necesidad de cualquiera de lo siguiente: el asegurado debe recibir diálisis renal periódica al menos cada semana; o el asegurado necesita un trasplante de riñón.

Pérdida de la vista

La pérdida de la vista se define como la pérdida permanente e irreversible del sentido de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o a cataratas, glaucoma, degeneración macular o a una enfermedad similar. La pérdida de la vista también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. Un especialista tiene que confirmar clínicamente que la agudeza visual corregida del asegurado es de 20/200 o inferior, o que el campo visual es menor de 20 grados en ambos ojos.

Pérdida del habla

La pérdida del habla es la pérdida permanente de la capacidad para hablar de tal manera que a otra persona con capacidad normal auditiva le resulte imposible comprender lo que dice el asegurado. La pérdida del habla es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o al síndrome de Guillain Barré, a corea de Huntington o a una enfermedad similar. La pérdida del habla también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. El asegurado debe poder demostrar que la pérdida ha sido continua durante un mínimo de 180 días. El diagnóstico de la pérdida tiene que realizarlo un especialista.

Pérdida de la audición

La pérdida de la audición se define como una reducción permanente de la audición en ambos oídos hasta el punto que el asegurado no puede oír sonidos de 90 decibelios o menos. La pérdida de la audición es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o a meningitis bacteriana, a síndrome de Meniere o a una enfermedad similar. La pérdida de la audición también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. El diagnóstico debe realizarlo un especialista con base en pruebas audiométricas.

Parálisis

La parálisis se define como daño al cerebro o a la médula espinal causado por un [accidente o] enfermedad que da como resultado tetraplejía, paraplejía, hemiplejía o diplejía. Tiene que haber una pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades, presente de manera continua durante un mínimo de 180 días.

Quemaduras graves

Las quemaduras graves se definen como quemaduras clasificadas de tercer grado. Las quemaduras de tercer grado tienen que cubrir al menos el 20% del área de la superficie del cuerpo del asegurado.

Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) y otras enfermedades de las motoneuronas

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y otras enfermedades de las motoneuronas se definen como un diagnóstico definitivo proporcionado por un especialista en atrofia muscular espinal, parálisis bulbar progresiva, esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig) o esclerosis lateral primaria. Debe haber un proceso de degeneración progresiva de la vía corticoespinal y las células de asta anterior o las neuronas eferentes bulbares. Debe haber un impedimento neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora con una debilidad muscular que ha persistido durante un período continuo de al menos 90 días.

Enfermedad avanzada de Alzheimer

La enfermedad avanzada de Alzheimer se define como demencia provocada por la enfermedad de Alzheimer, donde ocurre un deterioro progresivo y permanente de la memoria y la capacidad intelectual. El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer debe ser confirmado por un especialista, y debe apoyarse en pruebas cognitivas estandarizadas aceptadas clínicamente y en un examen neurológico. Debe ser una enfermedad de Alzheimer avanzada en la que haya reducción considerable del funcionamiento mental y social, cuando el asegurado no pueda realizar de manera independiente al menos 2 de las siguientes 6 “actividades de la vida cotidiana” durante un período continuo de al menos 180 días:

Las actividades de la vida cotidiana se definen como:

- a. Bañarse: lavarse por sí mismo en un baño de esponja o en la bañera o bajo la regadera, incluida la tarea de entrar y salir de la bañera o la ducha;
- b. Vestirse: ponerse y quitarse todas las prendas de ropa y todo soporte, sujetador o extremidades artificiales;
- c. Comer: comer por sí solo introduciendo la comida en el cuerpo desde un recipiente (como un plato, taza o mesa) o con una sonda de alimentación o por vía intravenosa.
- d. Transferirse: subirse y bajarse de la cama o de una silla de ruedas.
- e. Uso del inodoro y aseo: entrar y salir del baño, sentarse y levantarse del inodoro, y realizar la higiene personal asociada.
- f. Continencia: la habilidad de mantener el control de la función intestinal y de la vejiga urinaria o, cuando no sea capaz de hacerlo, la habilidad de realizar la higiene personal asociada (incluido el cuidado de un catéter o de una bolsa para colostomía).

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson se define como un diagnóstico inequívoco de enfermedad idiopática de Parkinson. Debe haber temblor de reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de la marcha compatibles con un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson según la evaluación de un especialista.

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple se define como un diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple realizado por un especialista.

Deben cumplirse los siguientes dos (2) criterios:

1. Debe haber un impedimento neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora o sensorial que debe haber persistido durante un período continuo de al menos 180 días.
2. El diagnóstico también debe haberse confirmado con investigaciones neurológicas objetivas, como punción lumbar, respuestas visuales provocadas, respuestas auditorias provocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central mediante IRM.

Coma

El coma se define como un estado de inconsciencia profunda como resultado de un [accidente] [o] enfermedad, del cual no se puede lograr que un asegurado recupere la conciencia con estímulos externos o internos, según lo determine un médico.

Este diagnóstico debe estar apoyado con evidencia de lo siguiente:

- a. Falta de respuesta a los estímulos externos durante al menos 96 horas.
- b. Necesidad de medidas de soporte vital para sustentar la vida.
- c. Daño cerebral que da como resultado un déficit neurológico permanente que se debe evaluar al menos 30 días después del inicio del coma.

Enfermedad de Huntington

La enfermedad de Huntington se define como un trastorno genético neurodegenerativo que afecta la coordinación muscular y que ocasiona deterioro cognitivo y problemas psiquiátricos. El diagnóstico se debe documentar con los síntomas y se debe verificar con la presencia de un defecto genético detectado por pruebas genéticas.

Tumor cerebral benigno

Un tumor cerebral benigno se define como un tumor que no es maligno y que se encuentra en la bóveda craneal y se limita al cerebro, las meninges, los nervios craneales o la glándula pituitaria. El tumor cerebral benigno debe requerir cirugía o tratamiento con radiación o causar déficits neurológicos objetivos irreversibles.

Anomalía estructural congénita seria

Una anomalía estructural congénita seria se define como una malformación estructural que surge en el útero y tiene consecuencias médicas, sociales o cosméticas considerables para la persona afectada, y requiere tratamiento médico. Entre los ejemplos de una anomalía estructural congénita seria se encuentran, sin limitarse, las cardiopatías congénitas complejas, espina bífida (excepto la oculta), labio leporino/fisura palatina, anencefalia, onfalocelo y pie zambo. Una anomalía estructural congénita seria debe ser diagnosticada y determinada por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Enfermedad metabólica congénita

La enfermedad metabólica congénita se define como un trastorno genético o heredado resultante de un defecto enzimático en las vías bioquímicas y metabólicas que afecta el metabolismo de las proteínas, las grasas, los carbohidratos, o que causa el deterioro de la función de los organelos, presentándose como afecciones complicadas que involucran varios sistemas orgánicos humanos. Los ejemplos de enfermedades metabólicas congénitas incluyen, pero no se limitan a, deficiencia de fenilalanina hidroxilasa, enfermedad de Niemann-Pick, enfermedad de Tay Sachs, enfermedad de Gaucher, fenilcetonuria y fibrosis quística. Una enfermedad metabólica congénita debe ser diagnosticada y determinada por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Anomalía cromosómica congénita

Una anomalía cromosómica congénita se define como una anomalía congénita presente al nacer en el número o la estructura de los cromosomas, excepto las causantes de las enfermedades metabólicas congénitas, que ocasiona afecciones que requieren tratamiento médico. Los ejemplos de otras anomalías cromosómicas incluyen, entre otros, síndrome de Down, síndrome de DiGeorge, síndrome de Turner, anemia drepanocítica, acondroplasia, síndrome de X frágil, hemofilia, neurofibromatosis, distrofia muscular, síndrome de Prader Willi y déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (DG6PDH). El diagnóstico de una anomalía cromosómica congénita debe ser realizado y determinado por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia

Una afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia se define como una afección determinada que requiere tratamiento médico continuo, y que se espera que persista al menos cinco años después del diagnóstico. Los ejemplos de afecciones médicas crónicas frecuentemente diagnosticadas en la infancia incluyen, sin limitarse a ellos, la epilepsia, deficiencia de la hormona de crecimiento humano, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, escoliosis, asma y diabetes tipo 1. La afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia debe ser diagnosticada por un especialista tomando como base los criterios apropiados clínicamente aceptados para la afección determinada. La afección debe ser grave, lo que significa que cumple con al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Una afección que requiere tratamiento médico durante un mínimo de 12 meses consecutivos, cuando el tratamiento incluye medicamentos orales, inhalados, inyectados o infundidos prescritos tomados en un horario habitual y exceptuando la profilaxis antibiótica.
- b. Una afección que requiere terapia física, del habla u ocupacional por un mínimo de 12 meses consecutivos.
- c. Una afección que requiere ortesis u otro tratamiento no quirúrgico prescrito durante un mínimo de 12 meses consecutivos.
- d. Asma que requiere el uso diario de corticosteroides inhalados y al menos otro medicamento inhalado de acción prolongada por un mínimo de 12 meses consecutivos.

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

Hepatitis laboral

La hepatitis laboral se define como una infección de hepatitis B o C provocada por una lesión accidental que expuso al asegurado a sangre o líquidos corporales contaminados con hepatitis durante el transcurso de los deberes de la ocupación habitual del asegurado. El accidente que causa la infección de hepatitis debe haber ocurrido en Estados Unidos o en sus territorios mientras la persona estaba cubierta por la póliza. Además, el asegurado debe informar el accidente a su empleador en un lapso de 24 horas a partir del accidente.

Todas las siguientes condiciones se deben cumplir para establecer una infección con hepatitis B:

a. Se debe realizar una prueba de sangre que muestre susceptibilidad a la hepatitis B (resultados negativos en la prueba de antígenos de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg); resultados negativos en la prueba de anticuerpos del núcleo del VHB (anti-HBc); y resultados negativos en la prueba de anticuerpos de superficie del virus de la hepatitis B (anti-HBs) en un lapso de 7 días a partir del accidente. b. Se debe realizar una prueba de sangre que muestre infección aguda de hepatitis B (resultados positivos de la prueba de anticuerpos IgM al antígeno del núcleo del VHB (IgM anti-HBc) dentro de 180 días del accidente. Se deben cumplir todas las siguientes condiciones para establecer una infección con el virus de la hepatitis C:

a. Se debe realizar una prueba de sangre que muestre la ausencia de una infección con el virus de la hepatitis C confirmada por la falta de reactividad al anticuerpo de la hepatitis C en un lapso de 7 días a partir del accidente.

b. Se debe realizar una prueba de sangre que muestre una infección aguda con el virus de la hepatitis C confirmada por la reactividad al anticuerpo del virus de la hepatitis C y al ARN del virus de la hepatitis C detectada en un lapso de 180 días a partir del accidente.

Enfermedad infecciosa

Una enfermedad infecciosa se define como cualquiera de lo siguiente: una infección extrahospitalaria; una infección hospitalaria (asociada a la atención médica o adquirida en un hospital), incluidas las infecciones en el área quirúrgica después del alta hospitalaria o después de la fecha del procedimiento quirúrgico, o infecciones de personas inmunodeprimidas. Las enfermedades infecciosas incluyen una infección de cualquier órgano o tejido, incluidos, aunque sin limitarse a ellos, tejido subcutáneo, ojos, pulmones, sistema nervioso central, huesos, músculos, sangre (síndrome séptico/bacteriemia), hígado, vías urinarias, tracto gastrointestinal. Aunque no siempre se puede identificar el agente o los agentes responsables de la enfermedad infecciosa, y un asegurado podría ser tratado empíricamente con base en la evaluación clínica de una infección realizada por el especialista, una enfermedad infecciosa puede ser causada por bacterias, virus, hongos o protozoarios. Los ejemplos de agentes infecciosos incluyen (COVID-19), *Staphylococcus aureus* (resistentes y susceptibles a la meticilina), estreptococos, enterococos, bacterias anaeróbicas, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, hepatitis, influenza, cándida, aspergilos y plasmodios, entre otros. El diagnóstico de una enfermedad infecciosa debe ser confirmado por un especialista y apoyado con los resultados objetivos de una prueba de laboratorio. La enfermedad infecciosa debe dar como resultado una hospitalización para el tratamiento de la enfermedad infecciosa que dure por lo menos [3-15] días consecutivos.

Continuación de la cobertura después de la terminación del empleo:

Permite que continúe la cobertura por un periodo ilimitado después de que termine el empleo o de la pérdida de elegibilidad. Consulte el certificado de cobertura para entender los detalles completos de esta disposición.

Beneficio de valoración de salud

El beneficio de valoración de salud se paga una vez al año, por asegurado cubierto, cuando uno o más de los siguientes exámenes, rayos X, pruebas de laboratorio se realicen durante un año calendario. Un beneficio de valoración de salud se paga una vez por asegurado cubierto durante un año calendario, sin importar el número de exámenes, rayos X, pruebas de laboratorio que se realicen durante el año.

1. Pruebas de detección de cáncer:

- (a) Biopsia
- (b) Prueba de médula ósea
- (c) Ultrasonido de seno
- (d) CA 125 (prueba de sangre para cáncer de ovario)
- (e) CA 15-3 (prueba de sangre para cáncer de seno)
- (f) ACE (prueba de sangre para cáncer de colon)
- (g) Colonoscopia
- (h) Sigmoidoscopia flexible
- (i) Prueba de sangre oculta en las heces
- (j) Mamografía
- (k) Prueba de Papanicolaou
- (l) PSA (prueba de antígeno prostático específico)
- (m) Electroforesis de proteína en suero (prueba de sangre para mielomas)
- (n) Termografía

2. Pruebas de detección de enfermedades relacionadas con el corazón

- (a) Pruebas de sangre para triglicéridos
- (b) Radiografía de pecho
- (c) Prueba de nivel de colesterol en el suero para determinar los niveles de HDL/LDL
- (d) Prueba de estrés en una bicicleta o una caminadora

3. Prueba de detección para enfermedades relacionadas con un órgano

- (a) Examen de glucosa en la sangre en ayunas

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

Tarifas para:

13468000 - Klein Independent School District

Enfermedades graves



Cantidad(es) de beneficios para el empleado
Beneficio de enfermedades graves para el empleado: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000
Beneficio de emisión garantizada: Hasta \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000
Cantidad(es) de beneficios para el dependiente
Beneficio del cónyuge: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000, Beneficio de emisión garantizada: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000, Beneficio del hijo: 50% de la cantidad del beneficio
NOTA: El monto del beneficio del cónyuge no puede exceder 100% del monto del beneficio del empleado.

El costo depende de la cantidad de la cobertura que se selecciona y de la edad del asegurado a la fecha de vigencia. Como aplican categorías por edad cumplida, las primas podrían aumentar debido a los cambios de edad al inicio del siguiente año de la póliza.

Tarifas mensuales de la prima por cada \$1,000 de beneficio -- Consumidores y no consumidores de tabaco

	Edad cumplida del empleado	Por cada \$1,000
Empleado solamente	29 y menos	\$0.52
	30-39	\$0.76
	40-49	\$1.33
	50-59	\$2.47
	60 en adelante	\$4.57

	Edad cumplida del empleado	Por cada \$1,000
Cónyuge solamente	29 y menos	\$0.52
	30-39	\$0.76
	40-49	\$1.33
	50-59	\$2.47
	60 en adelante	\$4.57

Los hijos se incluyen sin costo adicional, pero tienen que estar inscritos para recibir la cobertura.

Las tarifas incluyen el beneficio de valoración de salud para el empleado, el cónyuge y el hijo.

Para calcular el: Costo mensual x X / 1,000 x 12 / Y

(Y = 52-para semanal; 26-para quincenal; 24 para nómina semestral)

(X = \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000, lo que elija para el monto del beneficio)

Las pólizas de seguro contra enfermedades graves han sido diseñadas para proporcionar beneficios de acuerdo con una cantidad fija preseleccionada en dólares para enfermedades graves específicas. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, y disposiciones de reducción y de terminación de los beneficios. Las pólizas no satisfacen los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las pólizas de enfermedades graves están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA 98004. El número de formulario de la póliza base es SBC-00535 en la mayoría de los estados y no se ofrece en todos los estados de EE.UU. ni en ningún territorio de los Estados Unidos.

Titular de la póliza:
Estado de emisión de la póliza:
Plan de enfermedades graves
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Exclusiones

No pagaremos beneficios por ninguna enfermedad, (lesión) o dolencia que no esté determinada o descrita específicamente en la sección de beneficios de esta póliza. (El texto entre paréntesis no se aplica a las pólizas emitidas en IL o NH y también para residentes de NH¹)(La primera frase entera no se aplica a las pólizas emitidas en SD o para residentes de SD¹.) Además, no se pagará ningún beneficio por una enfermedad grave que:

- a. Sea diagnosticada después de concluida la cobertura del asegurado, salvo lo previsto en la póliza;
- b. Sea diagnosticada más de una vez durante la cobertura de la póliza, salvo lo previsto en cualquier beneficio de recurrencia incluido;
- c. No sea diagnosticada por un médico, especialista o profesional médico calificado según lo especificado en el certificado;
 1. Texto alternativo para pólizas emitidas en TX únicamente: Se diagnostique por un médico o especialista que:
 - i. Habitualmente vive en su hogar.
 - ii. Sea miembro de su familia inmediata.
 - iii. Sea empleado o afiliado de su grupo empleador.
- d. Sea diagnosticada antes de que el asegurado esté cubierto por la póliza (no se aplica a las pólizas emitidas en MD ni para residentes de MD¹.);
 1. (Para pólizas emitidas en TX únicamente, agregar: “, sujeto a limitación por problema médico preexistente”)
- e. Sea diagnosticada durante el Período de espera del beneficio (no se aplica a las pólizas emitidas en MD, MN, NJ ni para residentes de MD¹ o MN¹);
- f. Sea diagnosticada por un médico fuera de los Estados Unidos o sus territorios:
 1. (Para pólizas emitidas en TX únicamente, agregar: "a menos que el diagnóstico se pueda confirmar por un médico con licencia y que sea practicante en los Estados Unidos");
- g. (Contribuida o) causada por: otra enfermedad grave cubierta, una complicación por otra enfermedad grave o un tratamiento de otra enfermedad grave (por la que se ha pagado un beneficio en virtud de la póliza);
 1. (La primera sección entre paréntesis no se aplica a las pólizas emitidas en IL o NH, y para residentes de NH¹.)
 2. (La segunda sección entre paréntesis no se aplica a las pólizas emitidas en CA y para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹)
- h. Causada (en todo o en parte, directa o indirectamente) por (sección entre paréntesis no se aplica a las pólizas emitidas en CA y para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹) (Texto alternativo usado para pólizas emitidas en IL: “Causada directamente por”):
 1. Servicio activo de tiempo completo como miembro de las fuerzas armadas (tierra, mar, aire) de cualquier país o autoridad internacional (no se aplica a las pólizas emitidas en DE);
 2. Guerra o acto de guerra, declarados o no;
 - i. (Para pólizas emitidas en OK y residentes de OK¹, se agrega: “cuando presta servicio en las fuerzas armadas o una unidad auxiliar de estas”)
 - ii. (Para pólizas emitidas en NC y residentes de NC¹, se agrega: “NOTA: la guerra no declarada no incluye actos de terrorismo.”)
 3. Cometer o intentar cometer (una agresión o) delito grave. (No se aplica a las pólizas emitidas en ID, MD, MI, MN, NV, NH y para residentes de ID¹, MD¹, MN¹ y NH¹);
 - i. (“una agresión o” no se aplica a las pólizas emitidas en SD y para residentes de SD¹.)
 - ii. El texto alternativo para pólizas emitidas en:

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Este documento tiene por objeto constituir un resumen de información sobre las exclusiones y las variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener la información completa, consulte el certificado de cobertura que se proporciona a quienes se inscriben. Si hubiera alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerán los términos de la póliza.

Titular de la póliza:
Estado de emisión de la póliza:
Plan de enfermedades graves
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

- A. CA y para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹: “Cometer o intentar cometer un delito u ocupación ilegal”.
 - B. Residentes de MN y MN únicamente: “Participar en cualquier actividad por la que el asegurado haya sido condenado por un delito grave”.
 - C. NV únicamente: “Cometer o intentar cometer una agresión o delito grave por el que el asegurado haya sido declarado culpable en un tribunal. (Esta exclusión no se aplica si ha sido víctima de violencia doméstica)”;
4. Incitar o participar en cualquier forma de violencia pública (no se aplica a las pólizas emitidas en MD o NH ni para residentes de MD¹ o NH¹);
- i. El texto alternativo para pólizas emitidas en:
 - A. NV únicamente: Incitar o participar en cualquier forma de violencia pública por la que el asegurado ha sido declarado culpable en un tribunal.
 - B. MI únicamente: “Incitar, cometer, intentar cometer o participar en cualquier forma de actividad criminal intencional que se eleve al nivel de delito menor o grave”.
 - C. ID o para residentes de ID¹ únicamente: “Participación voluntaria en un delito grave”
 - ii. NH o para residentes de NH¹ únicamente: “Participación voluntaria en un delito grave, disturbio o insurrección”.
5. Lesión autoinflingida intencionalmente (no se aplica a las pólizas emitidas en IL y MI);
- i. Texto alternativo para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹ se agrega: “incluye suicidio cuando goza de salud mental”.
6. Estar ebrio o bajo la influencia de alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluido la sobredosis) a menos que esté indicado o sea administrado por un médico (no se aplica a las pólizas emitidas en CA, CO, ID, MD, MN, NH, NJ, OR, SD, VT o para residentes de ID¹, MD¹, MN¹, NH¹, SD¹ o VT¹, y para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹);
- i. Para pólizas emitidas en NC y VA, se omite la palabra “ilegal”.
 - ii. Para pólizas emitidas en AR e IL y para residentes de AR¹, “intoxicado” significa lo definido y determinado por las leyes del estado donde se produjo la pérdida o la causa de la pérdida.
 - iii. El texto alternativo para pólizas emitidas en:
 - A. NJ: “Estar ebrio o bajo la influencia de alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) a menos que esté indicado o sea administrado por un médico”
 - B. CO: “Estar intoxicado o bajo la influencia de alcohol, o el uso de una sustancia controlada según la definición del Título II de la Ley de Control y Prevención Comprensiva del Abuso de Drogas de 1970, según su redacción actual o enmiendas posteriores, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) a menos que esté indicado o sea administrado por un médico.”
 - C. MI: “Estar intoxicado o bajo la influencia de alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) cuando el asegurado comete o intenta cometer un delito grave o está involucrado en una ocupación ilegal”.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Titular de la póliza:

Estado de emisión de la póliza:

Plan de enfermedades graves

Asegurado por Symetra Life Insurance Company

- D. CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹: “El asegurado está intoxicado o bajo la influencia de alcohol, drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis), así como sustancia controlada, a menos que esté indicado o la sustancia controlada sea administrada por consejo de un médico”.
 - E. MN o para residentes de MN¹: “Estar condenado por estar intoxicado o bajo la influencia de alcohol al operar un vehículo de motor, así como de drogas ilegales o cualquier narcótico (incluida una sobredosis) a menos que esté indicado o sea administrado por un médico”.
 - F. NH y para residentes de NH¹: “Consumo voluntario de drogas no recetadas”
7. Alcoholismo o adicción a las drogas. (No se aplica a las pólizas emitidas en CA, MD, NH, NJ, OR, SD, VT, o para residentes de MD¹, NH¹, SD¹ o VT¹, y para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹.)

Variaciones del plan específicas al estado

Si los beneficios a continuación están incluidos en su plan, es posible que se apliquen los siguientes requisitos en función del estado en el que viva o del estado de emisión de la póliza (como se indica más arriba). Aparte de cualquier requisito de los estados, consulte el material de inscripción de su plan para determinar si estos beneficios están disponibles.

Los beneficios por **cáncer invasivo** no se pagarán por tumores o pólipos premalignos, cáncer de piel no melanocítico ni cáncer menor (in situ), excepto por cáncer de seno, que consideramos como diagnóstico de cáncer invasivo. Este beneficio está incluido siempre para las pólizas emitidas en IA, MO, MT y WA, y para los residentes de MT¹ y WA¹. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en NY*¹, si el cáncer invasivo está incluido en el plan, tanto el cáncer menor (in situ) como el cáncer de piel no melanocítico están incluidos siempre.

Los beneficios por **cáncer menor (in situ)** no se pagarán por cáncer de piel que no sea melanoma maligno invasivo de la dermis o de mayor profundidad o neoplasias cutáneas que se han convertido en metastásicas, lesiones premalignas (tales como neoplasia intraepitelial), cáncer de piel no melanocítico, cáncer invasivo o tumores o pólipos benignos. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en NY*¹, si el cáncer menor (in situ) está incluido en el plan, tanto el cáncer invasivo como el cáncer de piel no melanocítico están incluidos siempre.

Los beneficios por **cáncer no invasivo** (disponible para pólizas emitidas en CA o para residentes de CA cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CA*¹) no se pagarán por cualquier cáncer de piel no melanocítico, cáncer invasivo, lesiones premalignas (como neoplasia intraepitelial), cualquiera de todos los tumores descritos histológicamente como benignos, no malignos, premalignos, límite, de bajo potencial de malignidad, displasia (todos los grados) o neoplasia intraepitelial, tumores o pólipos benignos o tumores o pólipos premalignos.

Los beneficios por **cáncer de piel no melanocítico** no se pagarán por tumores que histológicamente se describan como benignos, no malignos, premalignos, límite, de bajo potencial de malignidad, displasia (todos los grados) o neoplasia intraepitelial, como tampoco cáncer de piel melanocítico. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NJ. Para pólizas emitidas en NY y para residentes de NY cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en NY*¹, si el cáncer menor (in situ) está incluido en el plan, tanto el cáncer invasivo como el cáncer menor (in situ) están incluidos siempre.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Este documento tiene por objeto constituir un resumen de información sobre las exclusiones y las variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener la información completa, consulte el certificado de cobertura que se proporciona a quienes se inscriben. Si hubiera alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerán los términos de la póliza.

Titular de la póliza:
Estado de emisión de la póliza:
Plan de enfermedades graves
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Los beneficios por **ataque cardíaco** no se pagarán por ataques cardíacos establecidos o antiguos encontrados en imágenes o electrocardiogramas, paro cardíaco súbito, angina, cardiomiopatía, miocarditis u otras formas de síndromes coronarios agudos. Este beneficio está incluido siempre para las pólizas emitidas en NH y para los residentes de NH¹.

Los beneficios por **paro cardíaco súbito** no se pagarán por el mismo evento por el que se paga el beneficio debido a enfermedades por ataques cardíacos graves. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Los beneficios por **arteriopatía coronaria que necesita cirugía o angioplastia** no se pagarán por afecciones de las arterias coronarias que se pueden tratar mediante procedimientos de intervención no quirúrgica, aunque no se limitan a angiografía coronaria diagnóstica. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID o NJ ni para residentes de ID¹.

Los beneficios por **arteriopatía coronaria grave** (para pólizas emitidas en ID y NJ, y para residentes de ID¹ únicamente,) **no se pagarán por arteriopatías coronarias con al menos 75% de oclusión transversal de una o más arterias coronarias (arteria izquierda, principal, descendente anterior izquierda, circunfleja o coronaria derecha).**

Los beneficios por **accidente cerebrovascular** no se pagarán por accidente isquémico transitorio (AIT), daño cerebral por accidente, lesión o hipoxia, enfermedad vascular que afecta el ojo, el nervio óptico o funciones vestibulares, así como accidentes cerebrovasculares silenciosos detectados por imágenes.

Los beneficios por **accidente isquémico transitorio (AIT)** se pagan una vez por asegurado en toda la vida. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY, NJ o WA.

Los beneficios por **insuficiencia de órganos importantes** no se pagarán por trasplantes de órganos que no sean el corazón, hígado, pulmón o páncreas a menos que esté específicamente mencionado en el certificado. En esta definición no se incluyen partes de órganos, tejidos o células. Si a un asegurado se le diagnostica la necesidad de trasplante multiorgánico, solo se pagará un beneficio. Para pólizas emitidas en:

- a. ID y NJ y residentes de ID¹ y NJ¹, la insuficiencia de órganos importantes también cubre el trasplante de células progenitoras/médula ósea.
- b. NY y cuando la mayoría del grupo vive en NY¹, la insuficiencia de órganos importantes también cubre el trasplante de riñón/renal y médula ósea.

Los beneficios por **insuficiencia renal terminal** no se pagarán por insuficiencia aguda reversible del riñón que solo requiere diálisis renal temporaria. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Los beneficios por **pérdida de la vista**² no se pagarán si la ceguera se puede corregir mediante apoyos visuales o procedimientos quirúrgicos o por la pérdida de la vista causada por una afección infantil por la que se pagó un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección se cubre únicamente si la pérdida de la vista se debe a una enfermedad.

Los beneficios por **pérdida del habla**² no se pagarán si la pérdida del habla se produjo por un accidente cerebrovascular o cáncer invasivo, o por causas psiquiátricas, o por la pérdida del habla causada por una afección infantil por la que se pagó un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección se cubre únicamente si la pérdida del habla se debe a una enfermedad.

Los beneficios por **pérdida de la audición**² no se pagarán si esta pérdida se puede corregir mediante audífonos o cirugía, o por la pérdida de la audición causada por una afección infantil por la que se pagó un beneficio en los últimos 12 meses. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección se cubre únicamente si la pérdida de la audición se debe a una enfermedad.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Titular de la póliza:
Estado de emisión de la póliza:
Plan de enfermedades graves
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Los beneficios de **parálisis**² no se pagarán por el parálisis resultante de un accidente o lesión para las pólizas emitidas en NJ. El beneficio por parálisis no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección se cubre únicamente si la parálisis se debe a una enfermedad.

Los beneficios por **quemaduras graves** no se pagarán cuando el grado del daño por las quemaduras se clasifique como de primero o segundo grado. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA.

Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y otras enfermedades de la motoneurona: Para pólizas emitidas en NY, solo se cubre la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). No se pagarán beneficios por otras enfermedades de la motoneurona para pólizas emitidas en NY.

Los beneficios por **enfermedad de Alzheimer y/o demencia** no se pagarán por otras causas de demencia, tales como enfermedades psiquiátricas u otro daño cerebral relacionado con el alcohol o drogas, accidente cerebrovascular y demencia vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington o coma. Los beneficios por demencia no están disponibles para pólizas emitidas en NY. Para pólizas emitidas en MD, no aplica la exclusión relacionada con Alzheimer y/o demencia causada por daño cerebral relacionado con el alcohol o drogas. En MI, tampoco se pagarán los beneficios si el Alzheimer y/o demencia fue provocado por un accidente o lesión.

Los beneficios por **coma**² no se pagarán por un coma resultante de un accidente o lesión para pólizas emitidas en MI y NH. El beneficio por coma no está disponible para pólizas emitidas en ID, NY, NJ o WA. Para pólizas emitidas en MI y NH, esta afección se cubre únicamente si el coma se debe a una enfermedad.

Los beneficios por **enfermedad de Parkinson** no se pagarán por parkinsonismo inducido por drogas o causas tóxicas. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY o NJ.

Los beneficios por **esclerosis múltiple** no se pagarán por pólizas emitidas en NJ o NY porque este beneficio no está disponible para la venta en estos dos estados.

Los beneficios por **HIV ocupacional** no se pagarán por HIV adquirido por transmisión sexual, uso de drogas intravenosas (IV) o medios que no se determinaron como accidentales. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CA, NH, NJ o NY. Para pólizas emitidas en MD o para residentes de MD¹, la exclusión relacionada con el HIV adquirido por el uso de drogas intravenosas (IV) no aplica. Para pólizas emitidas en MI, esta exclusión se modifica para reflejar que la palabra “accidente” se reemplace por “exposición relacionada con el trabajo”.

Los beneficios por **trasplante de células progenitoras (médula ósea)** no se pagarán por trasplantes de otros órganos, partes de órganos, tejidos o células que no estén mencionadas en el certificado.

- a. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NJ ni en NY. Sin embargo, para pólizas emitidas en NY o cuando la mayoría de los empleados vive en NY*¹, el beneficio por insuficiencia de órganos importantes incluye la insuficiencia de riñón/renal y de médula ósea.
- b. Este beneficio no es aplicable a pólizas vendidas en NJ o ID ni para residentes de ID; sin embargo, se incluyen los beneficios de trasplante de células progenitoras/médula ósea dentro del beneficio por insuficiencia de órganos importantes para las pólizas vendidas en NJ o ID y/o para residentes de ID¹.

Divulgación de beneficios específicos del estado

Si los beneficios a continuación están incluidos en su plan, es posible que se apliquen los siguientes requisitos estatales, en función del estado en el que viva o del estado de emisión de la póliza (como se indica más arriba). Aparte de cualquier requisito de los estados, consulte el material de inscripción de su plan para determinar si estos beneficios están disponibles.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Este documento tiene por objeto constituir un resumen de información sobre las exclusiones y las variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener la información completa, consulte el certificado de cobertura que se proporciona a quienes se inscriben. Si hubiera alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerán los términos de la póliza.

Titular de la póliza:
Estado de emisión de la póliza:
Plan de enfermedades graves
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Portabilidad

No está disponible para pólizas emitidas en CO, ID, KY, LA, MI, MN, NH, NV, OR, UT, VT, WA o WV, ni para residentes de ID¹, LA¹, MN¹, NH¹, VT¹, WA¹ o WV¹. La portabilidad se incluye siempre para pólizas emitidas en CT o cuando la mayoría del grupo vive en CT*¹.

Beneficio de valoración de salud

No está disponible para pólizas emitidas en CO, MI o MT. El beneficio de valoración de salud está incluido siempre para pólizas emitidas en NE.

La póliza es una póliza de seguro de enfermedades graves. Proporciona un beneficio de pago fijo para las enfermedades graves especificadas en la póliza. No paga beneficios por otras pérdidas causadas por enfermedad o lesión.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Estos beneficios se pueden seleccionar por el grupo para cubrir la afección solo si se debe a una enfermedad o se pueden incluir también para cubrir la afección cuando se debe a un accidente o lesión (cuando la ley lo permita). Vea los materiales de inscripción de su plan para obtener más detalles.

Este documento tiene por objeto constituir un resumen de información sobre las exclusiones y las variaciones del plan requeridas por el estado. Para obtener la información completa, consulte el certificado de cobertura que se proporciona a quienes se inscriben. Si hubiera alguna discrepancia entre este resumen y los términos de la póliza, prevalecerán los términos de la póliza.