

Resumen de los beneficios

Indemnización de hospital

Beneficios de hospital para paciente hospitalizado 500 días de máximo de por vida, a menos que se señale otra cosa	Plan 1	Plan 2
Hospitalización	\$1,200 el primer día, \$100 del día 2 en adelante, 30 incidentes pp/pac	\$2,500 el primer día, \$200 del día 2 en adelante, 30 incidentes pp/pac
Unidad de cuidados intensivos	\$1,200 el primer día, \$200 del día 2 en adelante, 30 incidentes pp/pac	\$2,500 el primer día, \$400 del día 2 en adelante, 30 incidentes pp/pac
Periodo de limitación del embarazo	Ninguno	Ninguno
El plan es compatible con la cuenta HSA	Sí	Sí
Extensión de la cobertura	Incluido	Incluido
Prima mensual	Plan 1	Plan 2
Empleado	\$14.16	\$28.66
Empleado + cónyuge	\$24.98	\$50.56
Empleado + hijo(s)	\$21.14	\$42.82
Familia	\$31.96	\$64.72

pp/pac = por persona, por año calendario

Para calcular el: costo semanal= costo mensual x 12 ÷ 52; costo quincenal (cada dos semanas)= costo mensual x 12 ÷ 26; costo bimensual (dos veces al mes)= costo mensual x 12 ÷ 24

Consulte la descripción de los beneficios incluida en este paquete si desea más información sobre sus beneficios.

Estos beneficios están diseñados para ofrecerse a quienes estén cubiertos con un plan médico de alto deducible ('HDHP') sin efecto de descalificar a un participante por elegir una cuenta HSA. Consulte con su asesor de beneficios para que le ayude a determinar si elegir esta cobertura de beneficio limitado es de hecho una cobertura permitida según las reglas que se apliquen a una cuenta HSA.

Descripción de los beneficios para:

13468000 - Klein Independent School District

Seguro de indemnización de hospital



Hospitalización/Primer día en la unidad de cuidados intensivos

Los beneficios se pagan el primer día de una estadía en hospital cubierta (ya sea una cama de hospital regular o en la UCI) de 24 horas o más. El beneficio se paga una vez por estadía en hospital, sin importar si el asegurado se mueve de la cama regular a la UCI o viceversa.

Hospitalización/Día 2 en adelante en la unidad de cuidados intensivos

Los beneficios se pagan a partir del segundo día de una estadía cubierta. Las estadías en la UCI se incluyen con el beneficio de estadía en hospital. Cada instalación tiene un máximo de días por año civil según se seleccione, 500 días de por vida, a menos que la póliza indique lo contrario. Si desea más detalles, consulte el resumen del plan.

Beneficio para sobrevivientes

Si un empleado muere mientras está asegurado, cualquier dependiente cubierto recibirá beneficios (excepto por seguro de vida de dependiente, accidente de grupo y enfermedad crítica) sin el pago de primas durante un máximo de dos años después de la muerte del empleado. Esto es siempre y cuando el plan permanezca vigente y el dependiente cubierto cumpla con los requisitos de cobertura de la póliza.

Extensión de la cobertura

Permite que continúe la cobertura 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.

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

Las pólizas de seguro de Indemnización de hospital no son sustitutivas de una póliza médica mayor u otra póliza de amplia cobertura y no satisfacen los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Han sido diseñadas para proporcionar beneficios de acuerdo con un monto fijo preseleccionado en dólares. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, y disposiciones de reducción y de terminación de los beneficios. Las pólizas de Indemnización de hospital están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA, 98004, y no están disponibles en todos los estados de EE.UU. ni en ninguno de sus territorios.

La cobertura se brinda según el número de formulario de póliza genérica SBC-00500.

Titular de la póliza:

Estado de emisión de la póliza:

Plan de indemnización hospitalaria

Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Exclusiones

No se pagará ningún beneficio cuando el asegurado no incurra en costos por servicios o suministros. Además, no se pagarán beneficios cuando se incurra en costos por servicios o suministros:

- a. Por los que no hay obligación legal de pagar.
- b. Recibidos antes de que el asegurado sea cubierto por el beneficio.
- c. Recibidos después de concluida la cobertura del asegurado, salvo lo previsto en la póliza.
- d. No proporcionados o indicados por un médico.
- e. Recibidos por tratamiento experimental o de investigación, procedimientos con fines de investigación o prácticas cuando no están reconocidas generalmente como prácticas médicas aceptadas.
- f. Que no estén aprobados o aceptados como esenciales para el tratamiento de una enfermedad o lesión por alguno de las siguientes:
 - a. Asociación Médica Estadounidense
 - b. Cirujano General de los Estados Unidos
 - c. Departamento de Salud Pública
 - d. El Instituto Nacional de la Salud
- g. Relacionados con cirugía cosmética o atención dental para embellecer a un asegurado sin indicación médica o dental por lesión o enfermedad.
- h. Relacionados con procedimientos electivos médicos, dentales o quirúrgicos realizados sin indicación médica o dental por enfermedad o lesión.
- i. Por procedimientos de reversión relacionados con esterilización masculina o femenina previa.
- j. Relacionados con pruebas o entrenamiento de aptitud educativa o vocacional.
- k. Por alimentos, suplementos alimentarios o vitaminas.
- l. Por queratotomías radiales.
- m. Por terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla o manipulaciones o modalidades quiroprácticas.
- n. En relación con tratamiento de infertilidad masculina o femenina, fecundación in vitro e in vivo de un óvulo o inseminación artificial.
- o. Por equipo médico durable.
- p. Por asistencia en custodia.
- q. Por anestesia quirúrgica.
- r. Por servicios auxiliares relacionados con una cirugía u otra enfermedad, salvo lo previsto en la Tabla de beneficios.
- s. Relacionados con dejar de fumar.
- t. Por el tratamiento de lo siguiente:
 - a. Codependencia
 - b. Inadaptación social, ocupacional o religiosa
 - c. Ludopatía
 - d. Problemas maritales o familiares crónicos cuando no están relacionados con el objetivo principal del tratamiento que debe ser un trastorno mental diagnosticable.
- u. Por tratamiento de obesidad, reducción de peso, control dietario, excepto por obesidad mórbida o etiología de la enfermedad.
- v. Por lo siguiente, excepto lo manifestado específicamente en la sección de la Tabla de beneficios de la póliza:

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Revise su Resumen de beneficios del plan para determinar si su plan incluye un período de Exclusión/Limitación de embarazo y su duración.

*Si desea más información acerca del número de empleados en ciertos estados, verifique con su empleador.

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 indemnización hospitalaria

Asegurado por Symetra Life Insurance Company

- a. Por tratamiento dental y cirugía oral
- b. Por tratamiento de trastornos mentales
- c. Por tratamiento de trastornos de abuso de sustancias
- d. Por refracciones, gafas o audífonos o sus ajustes
- e. Por exámenes físicos o exámenes médicos generales, inmunizaciones y vacunas de rutina
- w. Para el tratamiento del síndrome por dolor de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), orofacial o síndrome miofascial, ya sea que su alcance sea médico o dental.
- x. Por una enfermedad o lesión causada en todo o en parte, directa o indirectamente por lo siguiente:
 - i. Guerra o acto de guerra, declarados o no.
 - ii. Guerra o acto de guerra, declarados o no, cuando presta servicio en las fuerzas armadas o una unidad auxiliar de estas. (No se aplica a las pólizas emitidas en DE.)
 - iii. Cometer o intentar cometer (una agresión o) delito grave.
 - iv. Incitar o participar en cualquier forma de violencia pública. (No se aplica a las pólizas emitidas en NH o para residentes de NH¹.)
 - v. Lesión autoinflingida intencionalmente, ya sea sano o insano. (no se aplica a las pólizas emitidas en MI)

Si los beneficios a continuación están incluidos en su plan, puede aplicarse alguna variación de las siguientes exclusiones y limitaciones; para obtener más información consulte el material de inscripción de su plan para determinar si se aplican estas exclusiones.

Beneficio de sala de emergencias

Este beneficio se incluye siempre para pólizas emitidas en DC. Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CA, CO, NH y cuando la mayoría del grupo vive en NY¹.

No se pagarán beneficios de sala de emergencia cuando los servicios o suministros se reciban por:

- a. Medicamentos, suministros o servicios auxiliares adicionales que se pudieran requerir para un tratamiento de emergencia particular.
- b. Visitas al médico (incluidos los médicos de sala de emergencias que facturen sus servicios por separado).
- c. Radiografía de diagnóstico y pruebas de laboratorio.

Beneficio de hospital para pacientes hospitalizados

No se pagarán beneficios de pacientes hospitalizados cuando los servicios o suministros se reciban por:

- a. Atención recibida en una sala de emergencias.
- b. Atención recibida en un centro hospitalario o clínica o centro de atención urgente ambulatorio.
- c. Atención recibida en un hospital por servicios de observación con una duración inferior a 24-48 horas.
- d. Atención recibida en cualquier otra parte de un hospital que proporcione servicios que no requieran internación.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Revise su Resumen de beneficios del plan para determinar si su plan incluye un período de Exclusión/Limitación de embarazo y su duración.

*Si desea más información acerca del número de empleados en ciertos estados, verifique con su empleador.

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 indemnización hospitalaria
Asegurado por Symetra Life Insurance Company

Las siguientes exclusiones adicionales también se aplicarán al Beneficio para pacientes hospitalizados ÚNICAMENTE en el caso inusual de que el plan incluya un Período de limitación por embarazo (Exclusión)²:

No se pagarán beneficios de pacientes hospitalizados cuando los servicios o suministros se reciban por atención en un hospital o centro de atención debido a un embarazo normal o nacimiento durante el período de limitación por embarazo.

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.

Anexo de examen de bienestar

Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CO, ID, MI, MN, NH, NJ, NM o NY.

Portabilidad

Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CO, KY, LA, MN, NH, NJ, NM, NY, NV, OR, TX, UT, VT, WA o WV ni para residentes de los siguientes estados: ID¹, LA¹, NY¹, MN¹, NH¹, VT¹, WV¹.

Beneficio de ambulancia

Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CO. Este beneficio siempre estará incluido para pólizas emitidas en DC.

Beneficio de sala de emergencias

Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en CO. Este beneficio siempre estará incluido para pólizas emitidas en DC.

Beneficio de atención médica a domicilio

Este beneficio no está disponible para pólizas emitidas en NY. Este beneficio siempre estará incluido para pólizas emitidas en CT y para residentes de CT cubiertos por cualquier póliza en la que la mayoría del grupo vive en CT*.

Beneficio de segunda opinión

Este beneficio siempre estará incluido para pólizas emitidas en MD o para residentes de MD¹.

LA PÓLIZA ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE PAGO FIJO. PROPORCIONA BENEFICIOS MÉDICOS LIMITADOS DE PAGO FIJO. SU COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA NO ES UNA COBERTURA MÉDICA AMPLIA NI TIENE POR OBJETO CUBRIR EL COSTO DE TODOS LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS U OTROS SERVICIOS MÉDICOS. LA PÓLIZA NO SATISFACE LOS REQUISITOS DE COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO.

¹ Sin importar en dónde se emitió la póliza.

² Revise su Resumen de beneficios del plan para determinar si su plan incluye un período de Exclusión/Limitación de embarazo y su duración.

*Si desea más información acerca del número de empleados en ciertos estados, verifique con su empleador.

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.