



Planes Dental Essential

2 Planes¹ para personas y familias con beneficios oftalmológico opcionales²

Índice

¿Por qué elegir Dental Essential?	2	Beneficios oftalmológicos opcionales	5
Dental Essential & Dental Essential Preferred	3	Exclusiones y limitaciones	6
Descuentos para la audición	4	Aviso de prácticas de privacidad	10

Golden Rule Insurance Company es la aseguradora de estos planes. Este producto es administrado por Dental Benefit Providers, Inc.

Formularios de las pólizas GRI-DEN3-JR, -01 (AL), -02 (AZ), -03 (AR), -04 (CA), -05 (CO), -06 (CT), (DE), -08 (DC), -09 (FL), -10 (GA), -51 (HI), -12 (IL), -13 (IN), -14 (IA), -15 (KS), -16 (KY), -17 (LA), -19 (MD), -21 (MI), -22 (MN), -23 (MS), -24 (MO), -26 (NE), -28 (NH), -30 (NM), -32 (NC), -33 (ND), -35 (OK), -36 (OR), -37 (PA), -38 (RI), -39 (SC), -40 (SD), -41 (TN), -42 (TX), -43 (UT), -44 (VT), -45 (VA), -47 (WV), y -48 (WI); GRI-DEN3-JR-PB, -11 (ID), -34 (OH), -46 (WA); GRI-DEN3-JR-PBM, -11 (ID), -34 (OH), -46 (WA)

¹ Essential Preferred es el único plan disponible en CO y MN.

² El beneficio oftalmológico opcional no está disponible en MN, RI o WA.

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la versión en inglés de la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations.

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.





¿Cuánto vale su sonrisa, su vista y su capacidad para escuchar?

La vida puede ser más placentera cuando se siente a gusto con su sonrisa y puede ver y escuchar el mundo que le rodea.

PLANES DENTALES PARA LA FAMILIA

La salud dental es clave para la salud general, así como para la forma en que usted se ve y se siente. Los planes Dental Essential cubren los exámenes preventivos de rutina al 80% desde del primer día. Consulte la página 3 para obtener más detalles.



(Volver a la portada)



LA VISTA PUEDE APORTAR VALOR

La salud visual es fundamental para su estilo de vida y desempeño en el hogar, el trabajo o la escuela. Los planes Dental Essential incluyen la opción de agregar beneficios oftalmológicos para ayudar a cubrir exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto. Se requiere una prima adicional. Disponible en la mayoría de los estados. Consulte las páginas 5 y 9 para obtener más detalles.



DESCUENTOS EN APARATOS AUDITIVOS*

La salud auditiva es esencial para las conversaciones sociales, el estado de alerta y la seguridad general. UnitedHealthcare Hearing proporciona acceso a descuentos en exámenes de audición y aparatos auditivos. Consulte la página 4 para obtener más detalles.



*Los descuentos para la audición son proporcionados por UnitedHealthcare Hearing y no son un seguro.



Essential¹

Diseñado para ofrecer cobertura para servicios de atención preventiva de inmediato y cobertura para servicios básicos después de un período de espera de 4 meses. La disponibilidad del plan varía según el estado.

Prima más baja

Servicios de atención preventiva
(incluye limpieza y exámenes de rutina)

La póliza paga el 80% el primer día
90% después del primer año de la póliza
100% después del segundo año de la póliza

Después del deducible:

Servicios básicos
(incluye empastes y extracciones simples)

La póliza paga el 50% después
del período de espera de 4 meses²
65% después del primer año de la póliza
80% después del segundo año de la póliza

Servicios mayores
(incluye coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)

No cubiertos

Cantidad de cobertura
(por año calendario)

Máximo anual de \$1,000

Deducible
(por año calendario, máx. 3 deducibles por familia)

\$50 por persona
(servicios básicos)

Característica más valiosa

Prima más baja
que el plan Essential Preferred



Essential Preferred¹

Este plan agrega cobertura para servicios mayores después de un período de espera de 6 meses. Tampoco hay un período de espera para los servicios de atención preventiva.

Incluye servicios mayores

Servicios de atención preventiva
(incluye limpieza y exámenes de rutina)

La póliza paga el 80% el primer día
90% después del primer año de la póliza
100% después del segundo año de la póliza

Después del deducible:

Servicios básicos
(incluye empastes y extracciones simples)

La póliza paga el 50% después
del período de espera de 4 meses²
65% después del primer año de la póliza
80% después del segundo año de la póliza

Servicios mayores
(incluye coronas, tratamientos de conducto, cirugía bucal y puentes)

La póliza paga el 15% después
del período de espera de 6 meses³
50% después del primer año de la póliza
60% después del segundo año de la póliza

Cantidad de cobertura
(por año calendario)

Máximo anual de \$1,000

Deducible
(por año calendario, máx. 3 deducibles por familia por tipo de servicio)

\$50 por persona en servicios básicos
y
\$50 por persona en servicios mayores

Característica más valiosa

Cobertura de servicios mayores

Comparación de Fuera de la red⁴ vs. De la red

		Fuera de la red	De la red
Limpieza de rutina (adultos)		\$95.47	\$57.07
Empaste simple		\$181.14	\$28.50
Tratamiento de conducto molar ⁵		\$1,255.36	\$483.65
	Cargos minoristas:		
	Usted paga:	\$152.64	\$1,170.01

¹ Paga los beneficios de proveedores fuera de la red según la tarifa negociada de la red. Los dentistas fuera de la red pueden facturar a un paciente cualquier monto restante hasta el cargo facturado. ² En PA, los servicios básicos pagan el 35% desde el primer día. ³ En CT e IL, los servicios mayores pagan el 50% después de un período de espera de 6 meses. ⁴ Precios de servicio en el código postal 752: usando el primer año de la póliza, y suponiendo que se hayan cumplido los períodos de espera y los deducibles del plan. Los descuentos varían según el año de la póliza, el tipo de proveedor, el área geográfica y el tipo de servicio. ⁵ Cobertura disponible en el plan Essential Preferred únicamente.



SIN PERÍODOS DE ESPERA

ATENCIÓN PREVENTIVA



ACCESO A DESCUENTOS

EN APARATOS AUDITIVOS



OPCIÓN PARA AGREGAR EL

BENEFICIO OFTALMOLÓGICO



ACCESO A DESCUENTOS EN APARATOS AUDITIVOS

El costo del tratamiento a menudo puede ser una preocupación principal para alguien que tiene pérdida de la audición. ¿Sabía que los estudios han descubierto que los ingresos pueden disminuir significativamente al no usar aparatos auditivos? La pérdida de la audición puede representar una barrera significativa para todo, desde la productividad y el éxito profesional en general, hasta los ingresos familiares.¹ “Debido a que la pérdida de la audición a menudo ocurre gradualmente, puede ser difícil reconocer cuándo la tiene”.²

Obtenga más información sobre los descuentos en exámenes de audición y aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.

UnitedHealthcare Hearing


CARACTERÍSTICAS CLAVE

Más de 5,000 proveedores de servicios de audición en todo el país³

Exámenes de audición y evaluaciones de aparatos auditivos

Aparatos auditivos de marca y de marca privada

Solicite aparatos auditivos en persona o mediante entrega a domicilio



**65% de las personas
con pérdida de la audición
son menores de 65 años.**

— betterhearing.org

The Better Hearing Institute, 2018

Ejemplo de descuento para la audición

Juliana nota que a menudo tiene que pedirles a sus familiares que repitan lo que dicen, por lo que decide hacerse un examen de audición. Juliana trabaja con UnitedHealthcare Hearing para programar el examen de audición. Después de recibir el diagnóstico de cierta pérdida de la audición, UnitedHealthcare Hearing llama a Juliana para analizar las diferentes opciones disponibles de aparatos auditivos. Juliana puede encontrar aparatos auditivos por menos de un precio minorista con la ayuda de UnitedHealthcare Hearing.

Al llamar sin cargo al 1-855-523-9355, TTY 711, UnitedHealthcare Hearing puede guiarlo a través del proceso, manejando la referencia del audiólogo para que no tenga que consultar a su médico de cabecera primero.

¹ 5 Ways Better Hearing Can Help Your Career, audiologyinc.net, octubre de 2017

² Regular Screenings are Important hearingofamerica.com, mayo de 2017

³ Datos internos de UnitedHealthcare de 2019





OPCIÓN PARA AGREGAR EL

BENEFICIO OFTALMOLÓGICO¹

¡Usar sus beneficios es fácil! Una vez que su plan entre en vigencia, revise la información de sus beneficios. Encuentre un médico de la red que sea adecuado para usted para aprovechar al máximo su experiencia de atención oftalmológica.² Mencione que tiene UnitedHealthcare Vision desarrollado por Spectera Eyecare Networks. **La cobertura comienza desde el primer día, no se necesita una tarjeta de identificación y no se deben completar formularios de reclamación.**

GASTOS CUBIERTOS

LO QUE PAGA USTED

Examen de la vista Una vez cada 12 meses	De la red	\$10 de copago
	Fuera de la red	Cualquier cargo superior a la asignación de \$50
Monturas de anteojos³ Una vez cada 12 meses	De la red	Cualquier cargo superior a la asignación de \$150
	Fuera de la red	Cualquier cargo superior a la asignación de \$75
Lentes para anteojos Un par cada 12 meses (de cualquier tipo) ³	De la red	\$10 de copago
	Fuera de la red	Cualquier cargo superior a: Asignación de \$40 (monofocales); asignación de \$60 (bifocales); asignación de \$80 (trifocales/ lenticulares)
y Lentes de contacto:		
Lentes de contacto Una vez cada 12 meses	De la red	Lista de lentes de contacto selectos ⁴ : \$0 de copago Lentes de contacto que no son de selección: cualquier cargo superior a la asignación de \$150
	Fuera de la red	Cualquier cargo superior a la asignación de \$105



“Los exámenes de la vista en todas las edades y etapas de la vida pueden ayudar a mantener su vista fuerte”.

— [cdc.org](https://www.cdc.org) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, julio de 2018

Ejemplo de beneficio oftalmológico opcional

Laura tiene cobertura oftalmológica con el plan dental de su familia. Puede obtener un nuevo par de anteojos cada 12 meses para su hija que los necesita con más frecuencia a medida que crece. Incluso puede obtener lentes de contacto además de anteojos cada año cuando su hija quiere cambiar su apariencia.

La red incluye consultorios privados además de las principales ubicaciones minoristas.

Las tiendas minoristas populares incluyen: 🔍 Encuentre tiendas minoristas adicionales aquí.

20/20 Vision Center	America's Best	Costco Optical	Eyeglass World
National Vision	Sam's Club	Visionworks	Walmart

Se requiere una prima adicional para agregar el beneficio oftalmológico. No está disponible en todas las áreas. Los detalles y límites de cobertura se enumeran en la póliza.

¹ El beneficio oftalmológico no está disponible en MN, RI o WA.

² Puede salir de la red, pero es elegible para mejores descuentos si utiliza proveedores de la red.

³ Consulte los detalles de las monturas de anteojos y la cobertura de lentes en la página 9.

⁴ Si elige lentes de contacto desechables, se incluyen hasta 6 cajas cuando se obtienen a través de un proveedor dentro de la red.

Administrado por Spectera, Inc. Formulario de póliza SA-S-1884-GRI

Las personas y los eventos que se muestran aquí son ficticios y no representan casos reales.



Otros detalles (todos los planes dentales)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Nebraska
California	New Hampshire
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
Distrito de Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maryland	Virginia
Michigan	Washington
Minnesota	West Virginia
	Wisconsin

Detalles básicos de la póliza

Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. (Para CA, consulte 45584iCASP-G después del folleto para obtener detalles específicos del estado). Todos los servicios están sujetos a máximos anuales y pueden estar sujetos a deducible y coseguro.

Todos los planes: Servicios preventivos

- Exámenes y limpiezas de rutina: limitados a 2 por año calendario
- Radiografías (aletas de mordida): limitadas a 1 serie por año calendario
- Radiografías (panorámicas de montaje completo): limitadas a 1 cada 36 meses
- Servicios para niños elegibles (menores de 16 años; en IL, menores de 19 años):
 - Tratamientos con flúor: limitados a 2 veces por año calendario
 - Separadores: limitados a una vez cada 60 meses más ajustes dentro de los 6 meses de la instalación
 - Selladores: limitados a una vez por cada primer y segundo molar permanente cada 36 meses

Todos los planes: Servicios básicos

- Empastes: amalgama y compuesto (el compuesto se limita al diente anterior)
- Extracciones no quirúrgicas sencillas
- Anestesia general: junto con cirugía bucal o extracción de 7 dientes o más
- Anestesia local

Solo planes Preferred: Servicios mayores

(según lo limitado en la póliza)

- Tratamientos de conducto: límite de 1 vez por diente, de por vida
- Coronas: límite de 1 por diente, cada 60 meses
- Extracción quirúrgica de dientes o raíces erupcionados: limitada a 1 vez por diente de por vida
- Dentaduras postizas completas: limitadas a 1 cada 60 meses
- Puentes: limitados a 1 vez cada 60 meses

Año calendario vs. Año de póliza

Un año calendario se extiende de enero a diciembre y comienza nuevamente el 1 de enero del año siguiente. El monto máximo anual de cobertura y el deducible de cada plan se aplican durante el año calendario.

Un año de la póliza es el aniversario de la fecha de inicio de vigencia del plan. El aumento del coseguro se aplica al año de la póliza del plan.

Cambio o declaración errónea de residencia (dirección)

Debe notificarnos dentro de los 60 días posteriores al cambio de residencia. Su prima basada en su nueva residencia comenzará en la primera fecha de vencimiento después del cambio. Si declara su residencia erróneamente en la solicitud o no nos notifica de un cambio de residencia, aplicaremos la prima correcta en la primera fecha de vencimiento en la que residió en esa residencia. Si el cambio da como resultado: una prima más baja, le reembolsaremos cualquier exceso; una prima más alta, usted nos adeudará (no se aplica la declaración errónea en AL o VT).

Elegibilidad

Al momento de la solicitud, el asegurado principal debe tener de 18 a 64 años de edad. El cónyuge (según lo definido por el estado) puede tener cualquier edad. Niños elegibles de 0 a 25 años de edad (retirados al cumplir 26 años) o según lo requiera el estado. En HI, un dependiente elegible incluye un beneficiario recíproco.

Declaración errónea de la edad

Si la edad de la persona cubierta se declara erróneamente en la solicitud de cobertura de la persona cubierta en virtud de la póliza, cualquier prima futura puede ser ajustada y las primas anteriores pueden ser reembolsadas o adeudadas a nosotros, o los beneficios pueden ser ajustados, según la edad correcta. Si la edad de una persona cubierta se declara erróneamente y no hubiéramos emitido cobertura para esa persona cubierta, reembolsaremos la prima pagada menos cualquier monto de beneficio pagado por nosotros, y la cobertura sería nula a partir de la fecha de entrada en vigencia.



Otros detalles (todos los planes dentales)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Nebraska
California	New Hampshire
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
Distrito de Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maryland	Virginia
Michigan	Washington
Minnesota	West Virginia
	Wisconsin

Fuera de la red vs. De la red

Puede pagar más con proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle cualquier monto hasta el cargo facturado después de que el plan haya pagado su parte.

Los proveedores de la red han acordado descuentos en los precios de los gastos cubiertos sin facturación adicional para usted, aparte de los montos de copago, coseguro y deducible.

Prima

Se le notificará con al menos 31 días de anticipación (o más si así lo requiere su estado) sobre cualquier cambio en su prima. No realizaremos ningún cambio en su prima únicamente debido a reclamaciones realizadas por una persona cubierta en virtud de la póliza.

El tipo y nivel de beneficios y el lugar de residencia de las personas cubiertas en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que podrían utilizarse para determinar las tarifas de su prima.

Renovación y terminación

La póliza es renovable hasta la primera de las siguientes fechas:

- La muerte del asegurado. Si la póliza incluye dependientes, puede continuar con ella después del fallecimiento del asegurado:
 - El cónyuge, si el cónyuge es una persona cubierta
 - De lo contrario, el hijo menor que sea una persona cubierta;
- Falta de pago de las primas a su vencimiento;
- La fecha en que recibamos una solicitud de su parte para rescindir la póliza;
- La fecha en que nos negamos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario con el mismo tipo y nivel de beneficios en su estado de residencia; o
- La fecha en que haya un fraude o una declaración errónea realizada por una persona cubierta o con su conocimiento.

Exclusiones y limitaciones generales

No se pagarán beneficios por ningún servicio no identificado o incluido en los gastos cubiertos en virtud de la póliza. Usted será totalmente responsable del pago de cualquier servicio que no sea un gasto cubierto.

Ningún beneficio es pagadero por ningún servicio o tratamiento causado por, que resulte de, por, que sea, o que se relacione con cualquiera de los siguientes:

- Incurrido antes de la fecha de entrada en vigencia, durante el período de espera o después de la fecha de finalización de la póliza.
- Que exceda el reembolso del proveedor fuera de la red, las limitaciones de frecuencia o los beneficios máximos.
- Que no se proporcione dentro del alcance de la licencia del dentista.
- Pagadero en virtud de una póliza médica emitida por nosotros.
- Cargos del hospital u otro centro y cargos de anestesia relacionados.
- Sedación consciente, analgesia, ansiólisis e inhalación de óxido nitroso.
- Extracción quirúrgica de muelas del juicio.
- Cirugía reconstructiva.
- Odontología cosmética.
- Instrucciones de higiene bucal; control de placa; cargos por completar formularios de reclamación dental; fotografías; suministros dentales; medicamentos recetados y no recetados, que no se dispensan y utilizan en el consultorio dental durante su visita; cargos de esterilización; tratamiento de halitosis y cualquier procedimiento relacionado; procedimientos de laboratorio.
- Extracción de restauraciones funcionales sólidas; coronas temporales y prótesis temporales; coronas provisionales y prótesis provisionales.
- Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamiento alternativo.
- Consultas telefónicas o por no acudir a una cita programada.



Otros detalles (todos los planes dentales)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Nebraska
California	New Hampshire
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
Distrito de Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	Rhode Island
Illinois	South Carolina
Indiana	South Dakota
Iowa	Tennessee
Kansas	Texas
Kentucky	Utah
Louisiana	Vermont
Maryland	Virginia
Michigan	Washington
Minnesota	West Virginia
	Wisconsin

Exclusiones y limitaciones generales (continuación)

Ningún beneficio es pagadero por ningún servicio o tratamiento causado por, que resulte de, por, que sea, o que se relacione con cualquiera de los siguientes:

- Injertos óseos, regeneración tisular guiada, materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejido blando y óseo cuando se realizan en áreas desdentadas (sin dientes, aumento o preservación de crestas).
- Intoxicación, según lo definido por la ley estatal aplicable en el estado donde ocurrió la pérdida, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que un médico los administre o los recete.
- Tratamiento experimental o en investigación o complicaciones derivadas de este (no se aplica en VA).
- Que surja de su empleo o en el transcurso de este por un salario o ganancia (CA, FL, NC: se aplica si se paga por compensación del trabajador).
- Cualquier acto de guerra, participación en un disturbio, daño corporal autoinfligido intencionalmente, o comisión o intento de cometer un delito grave.
- Proporcionado sin cargo sin este seguro o por un plan o programa gubernamental.
- Proporcionado por un familiar o por alguien que normalmente reside con una persona cubierta. (No se aplica en TX. No se aplica en SD si el miembro del hogar es el único proveedor dentro de un radio de 50 millas. Alguien que normalmente reside con una persona cubierta no se aplica en VA).
- Recibido fuera de los Estados Unidos, excepto en caso de emergencia dental.
- Relacionado con cirugía de articulación temporomandibular, de mandíbula superior e inferior (no se aplica en MN ni NM) o cirugía ortognática (no se aplica en MN).
- Dientes que pueden restaurarse por otros medios; férulas periodontales, para corregir la abrasión, la erosión, la atrición, el bruxismo, la abfracción o la desensibilización; o dientes que no son periodontalmente sólidos o tienen un pronóstico cuestionable.
- Prótesis maxilofaciales y servicios relacionados.
- Ortodoncia o implantes dentales, y cualquier procedimiento relacionado.

- Alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión, el análisis de mordida o la malformación congénita.
- Entorno de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento asociado con la dislocación de tejido esquelético facial duro.
- Tratamiento de neoplasias benignas, quistes u otra patología que implique lesiones benignas, excepto la extirpación por escisión; tratamiento de neoplasias malignas o defectos congénitos.
- Protectores bucales, accesorios de precisión o semiprecisión, protectores oclusales, aparatos de bruxismo, dentaduras postizas duplicadas, aparatos de hábito dañino, reemplazo de aparatos perdidos o robados, o aparatos para trastornos del sueño.
- Proporcionado como resultado de una referencia prohibida (solo MD).
- **La siguiente exclusión se aplica únicamente al plan Dental Essential:** servicios mayores, que incluyen todos los procedimientos o servicios relacionados con endodoncia, periodoncia, servicios de restauración mayores (coronas, incrustaciones, recubrimientos y carillas), prótesis (puentes y dentaduras postizas) y cirugía bucal.

Las siguientes exclusiones de servicios mayores se aplican al plan Dental Essential Preferred:

- Colocación inicial de dentaduras postizas o puentes completos o parciales y servicios relacionados, para reemplazar dientes naturales funcionales que faltan o se pierden congénitamente antes de que el seguro en virtud de la póliza esté vigente.
- Reemplazo de dentaduras postizas extraíbles completas o parciales, puentes, coronas, incrustaciones, recubrimientos o carillas que pueden repararse o restaurarse a su función natural.
- Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles o coronas si el daño o la rotura estuvieron directamente relacionados con un error del proveedor.
- Procedimientos de restauración de prostodoncia fijos o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
- Colocación de dentaduras postizas parciales fijas únicamente para lograr la estabilidad periodontal.



Detalles Oftalmológicos (beneficio opcional)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones básicas de la póliza. Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado. No es un contrato de seguro ni parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Nebraska
California	New Hampshire
Colorado	New Mexico
Connecticut	North Carolina
Delaware	North Dakota
Distrito de Columbia	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregon
Hawaii	Pennsylvania
Idaho	South Carolina
Illinois	South Dakota
Indiana	Tennessee
Iowa	Texas
Kansas	Utah
Kentucky	Vermont
Louisiana	Virginia
Maryland	West Virginia
Michigan	Wisconsin

Cómo funciona el programa oftalmológico

Sus gastos de bolsillo (lo que adeudará por los servicios oftalmológicos) variarán según el tipo de proveedor que utilice:

- Para proveedores oftalmológicos de la red: después de su copago, aceptan el pago del plan como reembolso total de los gastos cubiertos. Consulte nuestra lista en línea de proveedores. Se categorizan de tres maneras:
 - Servicio completo: se contratan para proporcionar exámenes de la vista y anteojos recetados a tarifas con descuento.
 - Solo examen: se contratan para proporcionar exámenes SOLO a tarifas con descuento.
 - Solo dispensar: se contratan para dispensar anteojos recetados SOLO a tarifas con descuento.
- Para proveedores oftalmológicos fuera de la red: Debe pagar la totalidad de los servicios a los proveedores fuera de la red al momento del servicio. Luego, presenta copias detalladas de los recibos y solicita el reembolso al Departamento de Reclamaciones de UnitedHealthcare Vision (administrado por Spectera, Inc.). Sus costos de bolsillo pueden ser más altos con un proveedor fuera de la red.

Tenga en cuenta que: Este programa de beneficios oftalmológicos está diseñado para cubrir las necesidades oftalmológicas en lugar de los beneficios cosméticos adicionales. Si se seleccionan, el plan pagará los costos de los lentes permitidos y usted será responsable del costo adicional de los beneficios cosméticos adicionales.

Monturas y lentes para anteojos

El beneficio de las monturas para anteojos incluye su ajuste y los ajustes posteriores para mantener la comodidad y la eficiencia. Las lentes de anteojos pueden incluir lentes monofocales, bifocales y trifocales/lenticulares. Pueden aplicarse costos adicionales para otros tipos de lentes, materiales de lentes y opciones adicionales de lentes.

Exclusiones y limitaciones del beneficio oftalmológico

No se pagan beneficios por los siguientes gastos oftalmológicos:

- Capacitación en ortóptica o terapia de la visión y cualquier prueba complementaria asociada;
- Lentes sin graduación (lentes sin receta médica);
- Lentes de gran tamaño;
- Reemplazo de lentes y monturas de anteojos proporcionados en virtud de este plan que se pierdan o rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otro modo;
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos;
- cualquier examen de ojos o lentes correctivos que sean requeridos por un empleador como una condición del empleo;
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental o investigativa;
- Procedimientos quirúrgicos correctivos como queratotomía radial (RK) y queratectomía fotorrefractiva (PRK), entre otros;
- Anteojos, excepto los anteojos recetados;
- Cargos que excedan el monto permitido;
- Servicios o tratamientos que ya están excluidos en la sección Exclusiones y limitaciones generales de la póliza; y
- Lentes adicionales opcionales no enumerados en su póliza.



AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD **EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y** **CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.**

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales mencionadas al final de este aviso) estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que le explica cómo podemos usar su información y en qué casos podemos entregar o "divulgar" dicha información a otros. También tiene derechos relacionados con su información médica que se describen en este aviso. Por ley, estamos obligados cumplir con los términos de este aviso. Los términos "información" o "información médica" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su salud física o mental, el suministro de atención médica o el pago de tal atención médica. Cumpliremos con las exigencias de las leyes de privacidad vigentes relacionadas con su aviso en caso de que ocurra una filtración de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio material de nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso actualizado o información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso actualizado. Le enviaremos esta información por correo directo o electrónicamente, según lo permita la ley vigente. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en nuestros sitios web, como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Cómo usamos o compartimos la información. Debemos usar y divulgar su información médica a fin de proporcionar información:

- A usted y cualquiera que tenga el derecho legal de decidir por usted (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

Nos reservamos el derecho de usar y divulgar la información médica para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para operar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.

- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud,** tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.

- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.

- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

En circunstancias particulares, podemos usar o divulgar su información médica con los siguientes fines:

- **Según sea requerido por ley.** Podemos divulgar información cuando sea requerido por ley.

- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada con su atención, como un miembro de la familia, cuando usted sufre una incapacidad o en una emergencia, o cuando usted acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su beneficio. Se aplican ciertas reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a todas las personas involucradas, antes de su muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida; a menos que este hecho se contradiga con la preferencia expresada anteriormente por el fallecido.

- **Para actividades de salud pública,** como informar brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.

- **Para reportar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales, incluida una agencia de servicio social o de protección.

- **Para actividades de supervisión sanitaria,** tales como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.

- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.

- **Con fines de imposición del cumplimiento de la ley,** tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad** al, por ejemplo, divulgar información a las agencias de salud pública o autoridades legales, o en caso de una emergencia o desastre natural.



- **Para funciones especializadas del gobierno**, tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacionales, y los servicios de protección del presidente y otros.
- **Para la compensación del trabajador**, incluidas las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación del trabajador que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Con fines de investigación**, tales como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley sobre privacidad.
- **Para proveer información relacionada con personas fallecidas**. Podemos divulgar información a un médico forense o inspector médico para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte o según lo que autorice la ley. También podemos divulgar información a los directivos de las funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Con fines de obtención de órganos**. Podemos usar o divulgar información a las entidades que se encargan de la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o piel para facilitar la donación y el trasplante.
- **Para las instituciones penitenciarias u oficiales de aplicación de la ley** si usted es un interno de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Para asociados comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información fuera necesaria para esas funciones o servicios. Se exige que nuestros asociados comerciales, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, protejan la privacidad de su información, y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación**. Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de la privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: Abuso de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidos abuso sexual, enfermedades contagiosas, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Si se prohíbe el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso, o es sustancialmente limitada por otras leyes que se apliquen, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más rigurosa.

Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar sus notas de psicoterapia, vender su información médica a terceros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que constituyan comunicaciones publicitarias prohibidas conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autoriza a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona que reciba dicha información no la divulgue. Puede retirar o revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos actuado en función

de su autorización. Para revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Cuáles son sus derechos. A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica.

- **Tiene derecho a pedir el uso o divulgación restringidos** de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a sus familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de dicha atención. También tenemos políticas sobre el acceso de dependientes que pueden autorizar determinadas restricciones. **Comprenda que si bien tratamos de complacer su petición y permitimos peticiones acordes a nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho de pedir que se le envíen comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, enviarle información a una casilla de correo [PO Box], en lugar de a su casa). Complacemos sus peticiones razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica, de alguna manera, pueda ponerle en peligro. En algunos casos, aceptaremos solicitudes verbales de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo.
- **Tiene derecho de ver y obtener una copia** de la información médica que poseemos acerca de usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, tendrá derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica en dicho formato. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de su información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviarla a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negarnos a aceptar su petición de inspección y copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Podemos cobrar un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a pedir que se modifique la información** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico, si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta. Debe solicitar por escrito y dar las razones para la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un resumen** de ciertas divulgaciones de su información que realizamos durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esta rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones de información: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) hechas a usted o con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios del orden público; y (iv) otras divulgaciones sobre las cuales la ley federal no nos obliga a proporcionar una rendición de cuentas.



• **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com.

• **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** (Solo en Nuevo México)

Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.

Ejercer sus derechos

• **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).

• **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.

• **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:

• Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719

• **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

Aviso sobre la Ley de Informes de Crédito Justos. En algunos casos, es posible que le solicitemos a una agencia de informes de crédito del consumidor que compile un informe del consumidor, incluido un informe de investigación del consumidor, sobre usted. Si solicitamos un informe de investigación del consumidor, le notificaremos de inmediato el nombre y la dirección de la agencia que proporcionará el informe. Puede solicitar por escrito que lo entrevisten como parte de la investigación. La agencia puede conservar una copia del informe. La agencia puede divulgarlo a otras personas según lo permitido por la Ley Federal de Informes de Crédito Justos (Federal Fair Credit Reporting Act).

Podemos divulgar información únicamente sobre nuestras transacciones o experiencias con usted a nuestras filiales.

MIB. Junto con nuestra membresía en MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), nosotros o nuestras reaseguradoras podemos hacer un informe de su información personal a MIB. MIB es una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida y salud que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si presenta una solicitud o reclamación de beneficios a otra compañía miembro de MIB para una cobertura de seguro de vida o de salud, MIB, a solicitud, le proporcionará a dicha compañía información sobre usted que tenga en su archivo.

Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes de Crédito Justos. Comuníquese con MIB a: MIB, Inc., 50 Braintree Hill Park Ste. 400, Braintree, MA 02184-8734, 1-866-692-6901, www.mib.com.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales enumeradas al final de este aviso) nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los fines de este aviso, "información personal financiera" significa toda información, que no sea de índole médica, sobre un asegurado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica al individuo, no está generalmente a disposición del público y se compila para esa persona en particular o se obtiene en relación con la provisión de cobertura de atención médica a esa persona.

Información que recopilamos. Según el producto o servicio que haya adquirido de nosotros, es posible que recopilemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos en su solicitud o en otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número del seguro social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de prima e historial de reclamaciones; e
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Divulgación de información. No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros asegurados ni de personas que hayan estado aseguradas a ningún tercero, excepto cuando la ley lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, hasta donde lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que obtengamos de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información;
- A las compañías no afiliadas para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales; y
- A las compañías no afiliadas que realizan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Restringimos el acceso a su información financiera personal a empleados, filiales y proveedores de servicios que participan en la administración de su cobertura de atención médica o le proporcionan servicios. Mantenemos todos los controles de seguridad física, electrónica y procesal que cumplen con los estándares federales para proteger su información financiera personal.

Confidencialidad y seguridad. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales vigentes para proteger su información financiera personal de riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios asegurados y restricciones sobre las personas que podrían tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 1-800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711). El Aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de enero de 2019, se proporciona en nombre de All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; Golden Rule Insurance Company; Oxford Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company y UnitedHealthcare Life Insurance Company. Para obtener una autorización para divulgar su información personal a un tercero, visite el sitio web correspondiente que figura en este Aviso.



Condiciones previas a la cobertura (aplicables con o sin el recibo condicional)

Sujeto a las limitaciones que se indican a continuación, el seguro entrará en vigencia si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La solicitud se completa en su totalidad y es aceptada incondicionalmente y aprobada por Golden Rule Insurance Company.
2. La primera prima completa, de acuerdo con el modo de pago de la prima elegido, se ha pagado en la fecha de entrada en vigencia o antes, y cualquier cheque se acepta en la primera presentación para el pago.
3. La póliza es: (a) emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicitó dentro de los 45 días a partir de la fecha de solicitud; (b) entregada al asegurado propuesto; y (c) aceptada por el asegurado propuesto.

El hecho de no incluir toda la información médica relevante o de corregir la información relacionada con el consumo de tabaco de cualquier solicitante puede hacer que la Compañía rechace una reclamación futura y anule su cobertura como si nunca hubiera estado vigente. Después de haber completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se haya registrado correctamente.

Conserve este documento. Contiene información importante.

