



Planes Guard | AK, AL, AR, AZ, CO, DE, FL, GA, HI, IA, IL, IN, KY, LA, ME, MI, MN, MO, MS, NC, NE, NV, OK, RI, SC, TN, TX, UT, VA, WI, WV y WY



Planes Guard

Seguro de salud con beneficios fijos

ESTE PRODUCTO OFRECE BENEFICIOS LIMITADOS

ESTE PRODUCTO ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO SUSTITUYE A LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA EXIGIDA POR LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO (AFFORDABLE CARE ACT, ACA).

Este producto de seguro de indemnización fija proporciona beneficios por un monto establecido, independientemente de los gastos reales efectuados. Golden Rule Insurance Company es el asegurador de estos planes de seguro.

Formulario de póliza HPG3-CSTM-GRI y otras variaciones estatales

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.uhonline.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.

**United
Healthcare**

**Golden Rule
Insurance Co.**

Índice

¿Qué es el seguro de indemnización fija?	3
Descuentos de la red	4
Detalles sobre los beneficios hospitalarios y para pacientes ambulatorios.	5
Detalles sobre los beneficios de visitas al médico y medicamentos con receta	6
Detalles de los beneficios quirúrgicos.	7
Más formas de ahorrar	8
Apoyo para miembros.	9
Exclusiones y limitaciones	10
Disposiciones del plan	11
Diferencias entre estados.	13
Avisos de privacidad y otros avisos.	18

¿Por qué debería elegirnos?



Solidez y experiencia

UnitedHealthcare ofrece acceso a la atención médica a más de 29 millones de estadounidenses.¹ Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es el asegurador y administrador de los planes que se presentan en este folleto. Desde hace más de 80 años atendemos las necesidades específicas de personas y familias que compran su propia cobertura.



Calificación alta

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación “A+” (Superior) de A.M. Best.² Esta organización mundial independiente evalúa las compañías de seguros y otras empresas, y publica su opinión sobre ellas. Esta calificación es un indicio de nuestra estabilidad y solidez financiera.



Su satisfacción es nuestro objetivo

Entendemos la importancia de su tiempo y nos preocupamos por el valor del dinero destinado al cuidado de su salud. Nuestro objetivo para cada cliente es proporcionar un plan de seguro a un precio que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

¹ Formulario 10-K anual de UnitedHealth Group para el año finalizado el 12/31/24. ² Desde el 3/12/25.

Para conocer la calificación más reciente, visite [ambest.com](https://www.ambest.com).

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, el lenguaje contractual es independiente y la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

¿Qué es el seguro de indemnización fija?

Planes Guard

Cobertura para complementar su cobertura de salud con montos de beneficios en efectivo claros para los servicios de salud cotidianos y excepcionales. Diseñada para ayudar a aliviar los gastos de su bolsillo que podría experimentar al recibir atención médica.



¿Qué es el seguro de indemnización de salud de beneficio fijo?

“Indemnización” es el término de seguro que refiere a un plan que le paga a usted¹ o a su proveedor un monto específico (o un “beneficio fijo”) por los servicios médicos que recibe y que están cubiertos por el plan. El beneficio no se basa en la cantidad total de su factura por servicios médicos. También hay límites sobre cuánto o cuántas veces pagará esta póliza para algunos beneficios.



¿Por qué es una buena idea tener un seguro de indemnización fija?

Un plan de indemnización fija está diseñado para ofrecer un alivio complementario de los gastos de su bolsillo que pueda tener en relación con los servicios médicos cubiertos. El beneficio paga un monto fijo, independientemente del costo real facturado u otra cobertura de seguro que pueda tener. Esto podría significar que algunos beneficios paguen más que el costo del servicio o, en el caso de otros servicios, puede cubrir solo una parte del costo, pero el monto que le quedará por pagar al proveedor será menor.



¿Cómo funciona un plan de seguro de indemnización fija?

Con este tipo de plan, **no hay deducible, coseguro ni copagos**. Cuando recibe un servicio médico cubierto, este plan pagará el monto del beneficio (que se muestra en las siguientes páginas) a su proveedor dentro de la red o a usted. Este pago, junto con los descuentos en los servicios que recibe al utilizar un proveedor dentro de la red, ayuda a reducir sus gastos de bolsillo en general.

Nuestros planes Guard ofrecen beneficios hospitalarios y médicos

Los planes Guard disponibles en este folleto tienen lo siguiente:

- Visitas al consultorio médico, visitas de atención de urgencia y beneficios de medicamentos con receta.²
- Beneficios de estadías en el hospital, visitas a la sala de emergencias, servicios quirúrgicos y transporte en ambulancia.
- Visitas de salud virtuales ilimitadas y sin costo (a través de HealthiestYou de Teladoc® Health) para problemas médicos generales que no revistan carácter de urgentes.
- Flexibilidad para utilizar cualquier médico, pero descuentos por utilizar proveedores de la red UnitedHealthcare Choice Plus.
- Aumento de los beneficios en efectivo por servicios calificados al permanecer en el plan más de un año.

También es bueno saber lo siguiente:

- Disponible para emisión para personas entre 18 y 64 años en la mayoría de los estados.
- Renovable hasta los 65 años, sujeto a las disposiciones de la póliza, cuando se pagan primas.
- Aumento de los montos de los beneficios si mantiene el plan durante al menos 2 años (**ver páginas 5-6 para obtener información detallada**).

¹Si cede los beneficios de su póliza a un hospital o a cualquier otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud, los beneficios se pagarán al proveedor. ²Los beneficios de medicamentos con receta no están disponibles en el plan Guard 4000.

Ahorre con los descuentos de la red

Obtenga acceso a atención de calidad y ahorros en todo el país

Puede utilizar cualquier proveedor que elija para servicios médicos, pero aprovechará al máximo sus beneficios del plan Guard si utiliza la red UnitedHealthcare Choice Plus.¹

Excelentes razones para utilizar un proveedor de la red UnitedHealthcare Choice Plus:

- Recibirá atención a tarifas más bajas negociadas previamente.
- Los proveedores de la red presentarán los reclamos en representación suya.
- Con una gran red nacional, es posible que haya un proveedor dentro de la red cerca de usted.



**Más de
1.8 millones**
de proveedores²



**Más de
7000**
hospitales²



58%
de ahorro promedio
en descuentos³

Ejemplos de ahorro

Eche un vistazo a estos ejemplos de reclamos, los ahorros de la red y cómo funcionan con el plan.

Tratamiento (servicios reclamados)	Costo real del tratamiento	Costo del tratamiento después del descuento de Choice Plus Network	Beneficio del plan (plan Guard 5000)	Responsabilidad total del miembro usando el proveedor de la red	Responsabilidad total del miembro usando el proveedor que no pertenece a la red
Visita al consultorio (1 visita)	\$175	\$72	\$100	\$0 (\$28 pagados al miembro)	\$75
Radiografía para pacientes ambulatorios (2 pruebas)	\$1,090	\$238	\$100	\$138	\$990
Centro para pacientes ambulatorios (1 día)	\$12,031	\$2,632	\$1,500	\$1,132	\$10,531
Sala de emergencias (1 visita)	\$5,770	\$2,400	\$500	\$1,900	\$5,270
Admisión al hospital y habitación/comida (6 noches, estadía estándar)	\$15,600	\$6,425	\$5,600	\$825	\$10,000

Estos son ejemplos basados en reclamos reales. Los montos se redondearon para simplificarlos. El costo real del tratamiento y los descuentos de la red varían según el área. Los beneficios varían según el plan (se pueden aplicar variaciones según el estado). Estos ejemplos son solo para ilustrar cómo funciona el plan.

Más información sobre cómo presentar un reclamo

Cuando presenta su tarjeta de ID del plan a su proveedor dentro de la red, este presenta el reclamo ante nosotros y nosotros le enviamos el pago del beneficio. El proveedor aplicará el pago al monto que usted adeuda por el servicio prestado. Esto, además del descuento en la red, ayuda a reducir su factura final y disminuye los gastos totales de su bolsillo. Si el pago del beneficio aprobado es mayor que el costo de la cobertura, incluso después del descuento, le enviaremos un cheque por correo por la diferencia. Si no usa un proveedor de la red, puede presentar su reclamo directamente a nosotros. Consulte su póliza para obtener más información o visite uhcmemberhub.com. (consulte la página 9)

¹ Si tiene un plan médico superior, es posible que necesite permanecer dentro de determinadas redes o proveedores para obtener la mayor cobertura de ese plan. ² Formulario 10-K anual de UnitedHealth Group para el año finalizado el 12/31/23. ³ Según los datos económicos y de precios de atención médica de E&I de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio entre servicios combinados para pacientes ambulatorios y hospitalizados. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.

Detalles sobre los beneficios hospitalarios y para pacientes ambulatorios

Todos los beneficios, incluidos los máximos (máx.), son por persona, por año calendario.		Guard 4000	Guard 5000	Guard 6000
Servicios hospitalarios				
Beneficio de admisión al hospital: primer día de hospitalización¹	Pagamos:	\$4,000 por cada día (máx. 1 día)	\$5,000 por cada día (máx. 1 día)	\$6,000 por cada día (máx. 1 día)
Reclusión en Hospital para Pacientes Hospitalizados por Enfermedad/Lesión¹	Año 1, pagamos: Año 2, pagamos: ²	\$100 por cada día (máx. 31 días) \$200 por cada día (máx. 31 días)	\$100 por cada día (máx. 31 días) \$200 por cada día (máx. 31 días)	\$100 por cada día (máx. 31 días) \$200 por cada día (máx. 31 días)
Visita al Médico como Paciente Hospitalizado	Pagamos:	\$100 por cada día (máx. 1 visita por cada día)	\$100 por cada día (máx. 1 visita por cada día)	\$100 por cada día (máx. 1 visita por cada día)
Sala de Emergencias	Pagamos:	\$300 por cada día (máx. 3 días)	\$500 por cada día (máx. 3 días)	\$600 por cada día (máx. 3 días)
Ambulancia (máx. de traslados combinados de cualquier tipo)		1 viaje	1 viaje	1 viaje
Ambulancia terrestre/acuática	Pagamos:	\$500 por cada viaje	\$600 por cada viaje	\$600 por cada viaje
Ambulancia aérea	Pagamos:	\$3,000 por cada viaje	\$3,000 por cada viaje	\$3,000 por cada viaje
Beneficios quirúrgicos (representan un rango de 7 niveles quirúrgicos; consulte la página 7 para obtener más detalles)				
Procedimiento quirúrgico	Pagamos:	\$125-\$12,500 por cada día (máx. 2 días)	\$125-\$12,500 por cada día (máx. 2 días)	\$250-\$25,000 por cada día (máx. 2 días)
Centro para pacientes ambulatorios	Pagamos:	\$1,000 por cada día (máx. 2 días)	\$1,500 por cada día (máx. 2 días)	\$2,000 por cada día (máx. 2 días)
Pruebas para paciente ambulatorio (máx. combinadas de cualquier tipo)		No corresponde	4 pruebas	4 pruebas
Radiografías para pacientes ambulatorios		Sin cobertura	\$50 por prueba	\$100 por prueba
Pruebas diagnósticas de Nivel 1 para pacientes ambulatorios (ecografía, electrocardiograma [electrocardiogram, EKG], electroencefalograma [electroencephalogram, EEG], angiograma, arteriograma, prueba de esfuerzo con talio y mielograma)	Pagamos:	Sin cobertura	\$250 por cada prueba	\$500 por cada prueba
Pruebas diagnósticas y diagnóstico por imágenes de Nivel 2 para pacientes ambulatorios (imágenes por resonancia magnética [magnetic resonance imaging, MRI]/tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET]/tomografía axial computarizada [computed axial tomography, CAT])	Pagamos:	Sin cobertura	\$500 por cada prueba	\$500 por cada prueba

La disponibilidad, las cantidades, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte las Diferencias entre Estados. Los beneficios están sujetos a enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹ Incluye estadías en unidad de observación de 24 horas o más. ² Este aumento de beneficios no se aplica a la internación hospitalaria por enfermedad. Los beneficios por lesiones aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero, luego de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento ocurre solo una vez.

Detalles sobre los beneficios de visitas al médico y medicamentos con receta

Todos los beneficios máximos (máx.), son por persona, por cada año calendario.		Guard 4000	Guard 5000	Guard 6000
Visitas al consultorio (máximo de visitas al consultorio, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	4 visitas 6 visitas	4 visitas 6 visitas	4 visitas 6 visitas
Visitas al consultorio médico	Pagamos:	\$80 por cada visita	\$100 por cada visita	\$120 por cada visita
Visitas al consultorio de un especialista (specialist, SP)/Visitas de cuidado de urgencia (urgent care, UC)	Pagamos:	\$100 por cada visita	\$120 por cada visita a un SP \$150 por cada visita de UC	\$140 por cada visita a un SP \$200 por cada visita de UC
Visitas al consultorio con cirugía en el consultorio, en lugar de visitas al médico/especialista/de cuidado de urgencia	Pagamos:	\$200 por cada visita	\$225 por cada visita	\$250 por cada visita
Visitas terapéuticas				
Visitas al quiropráctico/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/terapeuta del habla	Pagamos:	\$25 por cada visita (máx. 10 visitas)	\$35 por cada visita (máx. 10 visitas)	\$50 por cada visita (máx. 10 visitas)
Medicamentos con receta (máx. de surtidos, cualquier tipo combinado)	Año 1, máximo: Año 2, máximo ¹ :	No corresponde No corresponde	10 surtidos 15 surtidos	10 surtidos 15 surtidos
Medicamentos con receta de marca	Pagamos:	Sin cobertura	\$40 por surtido	\$40 por surtido
Medicamentos con receta genéricos	Pagamos:	Sin cobertura	\$10 por surtido	\$10 por surtido

La disponibilidad, las cantidades, los períodos y las limitaciones de los beneficios pueden variar según el estado. Consulte las Diferencias entre Estados. Los beneficios están sujetos a enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹ Los beneficios aumentan el primer día del siguiente año calendario completo después de que el plan haya estado vigente más de 6 meses. Si el plan no ha estado vigente más de 6 meses, el aumento del beneficio comenzará el 1 de enero, luego de 12 meses consecutivos de cobertura. Este aumento ocurre solo una vez.

La póliza no contiene beneficios integrales de bienestar para adultos según lo define la ley de Wyoming.

Cómo se determinan los niveles quirúrgicos

Cada plan tiene un programa quirúrgico de 7 niveles basado en la unidad de valor relativo¹ del procedimiento que se está realizando. El monto del nivel respectivo se pagará cada día que una persona cubierta requiera cirugía ambulatoria u hospitalaria² según las indicaciones de un médico. Si la cirugía corresponde a varios niveles, pagaremos el monto mayor y si se realizan varias cirugías en un solo día, pagaremos un monto por el procedimiento de mayor nivel.

		Guard 4000	Guard 5000	Guard 6000
Beneficios quirúrgicos Los ejemplos de niveles de cirugía son solo para fines ilustrativos. Los beneficios quirúrgicos son por cada día, limitados a un máximo de 2 días por cada año calendario.				
Nivel 1 Las cirugías de trasplantes por insuficiencia de órganos principales y daño de tejidos se pagan una vez por cada uno de los siguientes tipos de órganos principales durante la vida de la persona cubierta: hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas, médula ósea, células madre o intestino delgado.	Pagamos:	\$12,500	\$12,500	\$25,000
Nivel 2 Cirugías como cirugía de vasos intracraneales o extracción del esófago.	Pagamos:	\$5,000	\$5,000	\$10,000
Nivel 3 Cirugías como endoscopia, extracción parcial del páncreas o reemplazo de la válvula mitral.	Pagamos:	\$2,500	\$2,500	\$5,000
Nivel 4 Cirugías como fusión de la columna lumbar, colectomía o reparación de la válvula mitral.	Pagamos:	\$1,250	\$1,250	\$2,500
Nivel 5 Cirugías como artroplastia total de rodilla/cadera o cirugía de disco de la zona lumbar.	Pagamos:	\$625	\$625	\$1,250
Nivel 6 Cirugías como apendicectomía, reconstrucción de rodilla/hombro o cirugía del túnel carpiano.	Pagamos:	\$250	\$250	\$500
Nivel 7 Cirugías como extracción de las amígdalas y adenoides, biopsia de mama o creación de abertura timpánica (tubos del oído).	Pagamos:	\$125	\$125	\$250
Cirujano asistente (se paga por día, cuando una cirugía cubierta lo requiera)	Pagamos:	20% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)	20% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)	20% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)
Anestesiólogo (se paga por cada día)	Pagamos:	30% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)	30% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)	30% de beneficios quirúrgicos (máx. 2 días)

Los beneficios están sujetos a enfermedades preexistentes. **Consulte la página 11** para obtener información detallada. ¹La unidad de valor relativo (relative value unit, RVU) es el valor del servicio/procedimiento en relación con todos los demás servicios/procedimientos basados en el trabajo, los gastos de la práctica y los gastos por mala praxis. Estos son establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). El mapeo de niveles específicos y el monto del reembolso están determinados por el código de Terminología de Procedimientos Actuales (Current Procedural Terminology, CPT) de la cirugía. ² Cirugía se refiere a un procedimiento de diagnóstico invasivo realizado por un médico mientras la persona cubierta está bajo anestesia; o el tratamiento de una enfermedad o lesión de una persona cubierta mediante operaciones manuales o instrumentales, realizadas por un médico mientras la persona cubierta está bajo anestesia general, regional o local, o sedación consciente. No se considera una cirugía: extracción de sangre, tatuajes o eliminación de tatuajes, tratamiento estético (a menos que forme parte de una cirugía reconstructiva), inyecciones (que no sean inyecciones en la columna vertebral), tratamientos experimentales o de investigación, embarazo y parto, ni procedimientos de colonoscopia. La anestesia no incluye la anestesia tópica.

Más formas de ayudarle a ahorrar dinero

Todos los planes incluyen acceso a visitas médicas virtuales ilimitadas por \$0 a través de HealthiestYou¹ y descuentos en medicamentos con receta a través de Optum Perks.



Telesalud: HealthiestYou de Teladoc Health¹

¿No se siente bien pero no está seguro de querer consultar al médico? El beneficio de telesalud proporcionado a través de HealthiestYou de Teladoc® Health hace que sea fácil consultar a un médico sin salir de casa. Simplemente consulte con un médico por teléfono o video sin costo adicional para usted. Pueden diagnosticar y tratar enfermedades, y recetar medicamentos cuando sea necesario las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. **Visitas ilimitadas. Sin costo adicional.** Eso es acceso a atención médica de calidad sin complicaciones.

Nota: Por un cargo adicional, también hay a su disposición visitas a psiquiatras, psicólogos y dermatólogos.



Descuentos en medicamentos con receta con Optum Perks²

Hay una forma sencilla de ahorrar **entre un 30% y un 80% en medicamentos con receta** con una tarjeta de descuento para medicamentos con receta de Optum Perks. Simplemente visite **perks.optum.com/uh** para imprimir su tarjeta o enviarla a su teléfono. Allí también puede comparar precios de medicamentos con receta en tiendas cerca de usted. Para aprovechar su ahorro, presente su tarjeta de descuentos Optum Perks en la farmacia al momento de la compra.

Nota: La tarjeta Optum Perks no es un seguro. Es únicamente un programa de descuentos y está disponible para el público en general.



Red nacional de ahorro³

Puede utilizar cualquier proveedor que elija para servicios médicos, pero aprovechará al máximo sus beneficios si utiliza la red UnitedHealthcare Choice Plus con un ahorro promedio del 58%. Visite **uhone.com** y seleccione “Buscar un médico” (Find A Doctor) para buscar proveedores de la red en su estado.

Nota: Si tiene un plan médico superior, es posible que necesite permanecer dentro de determinadas redes y proveedores para obtener la mayor cobertura de ese plan.

¹ HealthiestYou de Teladoc Health y UnitedHealthcare no están afiliadas, y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Este programa específico no es un seguro; no se pagan beneficios por el uso de este servicio. ² Basado en el precio habitual de la farmacia. El ahorro real puede variar.

³ Los ahorros promedio se basan en los datos económicos y de precios de atención médica de E&I de 2023 de la red UnitedHealthcare Choice Plus; promedio entre servicios combinados para pacientes ambulatorios y hospitalizados. La experiencia de ahorro puede variar según el proveedor y el servicio.



Centro de Información para Miembros de UHC

Administre su plan Guard mediante el Centro de Información para Miembros de UHC



Conecte con su plan

Con UHC Member Hub, usted puede administrar su plan a su conveniencia, en cualquier momento del día o de la noche. Una vez registrado en este sitio web para miembros, podrá hacer lo siguiente:

- Acceder a los documentos de su plan.
- Ver y descargar su tarjeta de identificación.
- Realizar cambios en su información de contacto.
- Buscar médicos y hospitales de la red.
- Realizar pagos de primas.
- Presentar los reclamos.
- Enviar preguntas seguras, no urgentes, sobre su cobertura.

UHC Member Hub es una forma rápida y sencilla de obtener respuestas a muchas de sus preguntas y administrar su plan sin tener que hacer una llamada telefónica. Visite uhcmemberhub.com.

Exclusiones y limitaciones

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

LA PÓLIZA PUEDE LIMITAR O EXCLUIR BENEFICIOS POR CUALQUIER SINIESTRO CAUSADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS, QUE RESULTE DE ELLOS O QUE SE RELACIONE CON ESTOS:

- Un siniestro que ocurra antes de la fecha de vigencia o después de la terminación de la póliza, en cualquier momento en que la cobertura no esté vigente.
- Cualquier acto de guerra; daño corporal autoinfligido intencionalmente; o participación en un motín; o comisión o intento de cometer un delito grave.
- Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionadas.
- Una persona cubierta que se encuentre en estado de embriaguez según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- Tratamiento estético.
- Embarazo o parto (excepto por complicaciones del embarazo o según lo dispuesto por un estado).
- Hospitalización que comienza un viernes o sábado, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
- Hospitalización principalmente para recibir rehabilitación, cuidado de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto por la póliza).
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
- Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- Operar un taxi o cualquier otro medio de transporte de pasajeros a cambio de salario, remuneración o ganancia?.
- Cuidado de rutina del niño sano de un recién nacido mientras está internado, excepto lo expresamente previsto por la póliza.
- Tratamiento de infertilidad.
- Cirugía de reasignación sexual.
- Lesiones sufridas al operar cualquier tipo de aeronave no comercial o viajar en ella o descender de esta. En la mayoría de los estados, esto solo está excluido si la persona cubierta es piloto, oficial o miembro de la tripulación de dicha aeronave, o si está dando o recibiendo cualquier tipo de entrenamiento o instrucciones, o tiene algún deber que requiera que esté a bordo de la aeronave.
- Servicios prestados por un familiar directo.
- Gastos/recargos impuestos por un proveedor (incluido un hospital), pero que en realidad es responsabilidad del proveedor pagarlos.
- Servicios o suministros que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Cualquier siniestro sufrida mientras la persona cubierta esté encarcelada en cualquier prisión u otro centro de detención.
- Cualquier siniestro relacionada con el tratamiento de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Cualquier siniestro relacionada con un aborto (a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara a término).
- Cualquier siniestro por gastos odontológicos, excepto lo expresamente previsto en la póliza.
- Cualquier siniestro relacionada con cualquier examen médico o adaptación de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular o terapia visual.
- Cualquier servicio prestado fuera de los EE. UU., excepto el tratamiento de emergencia para una persona cubierta.
- Tratamiento(s) experimental(es) o de investigación.

Disposiciones del Plan

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

ESTA NO ES UNA COBERTURA DE CUIDADO DE LA SALUD CALIFICADA (“COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA”) QUE CUMPLE EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO.

Requisitos de participación

Al momento de la solicitud, la persona asegurada principal y su cónyuge (según lo definido por el estado) deben tener entre 18 y 64 años (se termina el día que cumplen 65 años) o según lo establecido por el estado. Los niños que cumplen los requisitos para ser incluidos deben tener entre 0 y 25 años (se termina el día que cumplen 26 años) o según lo establecido por el estado.

Declaración errónea de edad, género o consumo de tabaco

Si la edad, el género o el consumo de tabaco de la persona cubierta se ha indicado incorrectamente en la solicitud de la persona cubierta para la cobertura de la póliza, cualquier prima futura se ajustará y las primas pasadas serán reembolsadas o adeudadas a nosotros en función de la edad, el género o la condición de consumidor de tabaco correctos. Si se ha indicado incorrectamente la edad de una persona cubierta y, de lo contrario no hubiéramos emitido una cobertura para esa persona cubierta, reembolsaremos la prima pagada menos cualquier monto de beneficio pagado por nosotros y la cobertura quedará nula a partir de la fecha de vigencia.

Aviso de Reclamo

Debemos recibir notificación del reclamo en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha en que comenzó el siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Prima

Las tarifas de las primas están garantizadas durante 12 meses y luego están sujetas a cambios. La edad, el género y la condición de consumidor de tabaco de una persona cubierta, así como el tipo y nivel de cobertura, son algunos factores que podrían utilizarse para determinar la tarifa de su prima. Recibirá un aviso con por lo menos 31 días de anticipación (o más si su estado lo requiere) sobre cualquier cambio en su prima.

No habrá ningún cambio en su prima como consecuencia de los reclamos presentados por una persona cubierta conforme a la póliza o por un cambio en el estado de salud de la persona cubierta.

Enfermedades Preexistentes

No pagaremos beneficios en virtud de la póliza por un siniestro que se manifieste debido a una enfermedad preexistente, que resulte de ella, sea causada por ella o contribuya a ella. La limitación por enfermedad preexistente no se aplicará por más de 12 meses (o según lo requiera el estado) después de la fecha de vigencia correspondiente de la póliza de la persona cubierta.

“Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección:

- Para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- O bien, que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.

Renovabilidad y cancelación

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

- El 65.º cumpleaños del asegurado primario (o la siguiente fecha de vencimiento de la prima, según el estado) o su fallecimiento. Si la póliza incluye dependientes, se podrá continuar después del fallecimiento del asegurado principal o de su 65.º cumpleaños:
 - Por el cónyuge, si es una persona cubierta.
 - De lo contrario, por un niño que cumple los requisitos que sea una persona cubierta.
- Falta de pago de primas en su vencimiento.
- La fecha en que dejamos de ofrecer y nos negamos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario para todos los residentes del estado donde usted reside.
- La fecha en que recibamos una solicitud suya para cancelar la póliza.
- La fecha en que se produce un fraude o una tergiversación importante realizado por una persona cubierta o con su conocimiento.

Disposiciones del Plan (continuación)

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

Derecho a examinar

Para nosotros es importante que usted esté satisfecho con la cobertura que le brindamos. Este producto tiene un período de derecho a examinar, también conocido comúnmente como “período de prueba gratuita”.

Después de presentar la solicitud y de que se emita su póliza, si considera que la cobertura no satisface sus necesidades de seguro, puede devolvernos la póliza en un plazo no mayor a 10 días (o según lo dispuesto por el estado) y solicitar el reembolso de la prima pagada. Consulte la póliza para obtener información detallada.

Suscripción

Los planes de seguro están sujetos al aseguramiento de la salud. Si proporciona información incorrecta o incompleta en su solicitud de seguro, su cobertura puede anularse o sus reclamos pueden rechazarse.

Diferencias entre Estados

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Alabama

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-01

- No aplica la disposición sobre una declaración incorrecta del género o consumo de tabaco.

Alaska

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-50

- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Arizona

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-02

- La exclusión por servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta no se aplica.
- La exclusión por siniestro sufrida mientras la persona cubierta está encarcelada se limita al encarcelamiento en una prisión estatal o federal.

Arkansas

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-03

- La exclusión por cualquier siniestro relacionada con el abuso de sustancias solo se aplica al trastorno por consumo de drogas o a los programas de tratamiento para el trastorno por consumo de drogas.

Colorado

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-05

- Cónyuge significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Colorado.
- La exclusión de los daños corporales autoinfligidos solo se aplica si la persona cubierta está en sano juicio.
- La exclusión como resultado de cualquier lesión sufrida por participar, enseñar, demostrar, guiar o acompañar a otros en carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo o medio de transporte motorizado, solo se aplica si la persona cubierta recibe un pago por participar o enseñar.
- La exclusión no se aplica a enfermedades preexistentes que manifiesten síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en asegurada en virtud de la póliza.

Delaware

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI

- La edad máxima de emisión es de 60 años.

Florida

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-09

- Los hijos que cumplen los requisitos también pueden incluir a su hijo o al hijo de su cónyuge que sea menor de 31 años si no está casado y no está cubierto por ningún otro plan de beneficios de salud.
- La exclusión por hospitalización que comienza un viernes o sábado, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión, no se aplica.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Georgia

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-10

- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Hawaii

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-51

- No hay variaciones estatales.

Illinois

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-12

- Un hijo que cumple los requisitos también puede incluir a su hijo o al hijo de su cónyuge que sea menor de 30 años, que haya servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, haya sido liberado o dado de baja de manera no deshonrosa y haya presentado su DD-214 ante nosotros (GRIC) indicando la fecha en la que el dependiente fue liberado del servicio.
- Cónyuge significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Illinois. Parte de una unión civil significa una persona que ha establecido una unión civil conforme a la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois.
- La exclusión por cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, enseña, guía o acompaña a otros en ciertas actividades (es decir, deportes semiprofesionales y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe un pago para participar o enseñar en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.) no se aplica.

Diferencias entre Estados (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Illinois (continuación)

- Las referencias a declaraciones erróneas o tergiversaciones se refieren a declaraciones erróneas o tergiversaciones “intencionales”.

Indiana

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-13

- El período de derecho a examinar es de 30 días.

Iowa

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-14

- No hay variaciones estatales.

Kentucky

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-16.

- En la disposición de notificación/reclamo, debemos recibir la notificación de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de la siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Lousiana

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-17

- El período de derecho a examinar es de 30 días.
- La exclusión por una siniestro sufrida mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención no se aplica si la persona cubierta está detenida en un centro penitenciario y no ha sido juzgada o condenada por un delito.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Maine

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-18

- Cónyuge significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de hecho.
- En la disposición de Cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Michigan

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-21

- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Por daño corporal autoinfligido intencionalmente.
 - Por participación en un motín.
 - Para una persona cubierta que se encuentre en estado de embriaguez según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.

- Existe una exclusión para cualquier enfermedad o lesión sufrida como resultado de la comisión o intento de comisión por parte de la persona cubierta de un delito menor o grave, ya sea que haya sido acusada o no, o cuya causa contribuyente haya sido la participación de la persona cubierta en una ocupación ilegal u otra actividad delictiva intencional.

Minnesota

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-22

- No hay variaciones estatales.

Mississippi

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-23

- La declaración errónea de edad, género o consumo de tabaco no se aplica.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Missouri

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-24

- No se aplica la exclusión por daños corporales autoinfligidos de manera intencional si la persona no estaba en su sano juicio.
- La exclusión por siniestro sufrida durante el encarcelamiento no aplica.
- La limitación por enfermedad preexistente no se aplicará a un niño que cumple los requisitos colocado legalmente para adopción con usted o su cónyuge.

Nebraska

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-26

- Las exclusiones por cualquier lesión sufrida por participar, enseñar, demostrar, guiar o acompañar a otros en carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo motorizado o no motorizado o medio de transporte se aplican únicamente a carreras o pruebas de velocidad organizadas.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.

Diferencias entre Estados (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Nevada

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-27

- Cónyuge significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de hecho.
- La exclusión no se aplica a una persona cubierta que se encuentre en estado de embriaguez según lo definido por la ley estatal correspondiente o bajo la influencia de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección:
 - Para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
 - O bien, que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

North Carolina

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-32

- La exclusión por siniestro como resultado de cualquier acto de guerra declarada o no declarada no se aplica a los actos de terrorismo.
- La exclusión por tratamientos estéticos no se aplica a los defectos y las anomalías congénitos.
- “Enfermedad preexistente” significa aquellas enfermedades para las cuales una persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Oklahoma

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-35

- El período de derecho a examinar es de 30 días.
- La exclusión por acto de guerra se aplica a lo siguiente: Cualquier acto de guerra declarada o no declarada mientras presta servicio militar o naval, o en cualquier unidad auxiliar, de los Estados Unidos, que incluye, entre otros: 1. el servicio como miembro de un componente regular o de reserva del Ejército, la Fuerza Aérea,

la Marina, la Guardia Costera o el Cuerpo de Marines de EE. UU.; 2. el servicio como oficial comisionado del Servicio de Salud Pública o de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica; o 3. el servicio militar o naval en una organización militar auxiliar, que incluye, entre otros, la Guardia Costera Auxiliar, la Reserva Temporal de la Guardia Costera, la Guardia Costera Auxiliar Civil de la Policía Militar o la Patrulla Aérea Civil.

- La exclusión por embriaguez se sustituye por lo siguiente: un siniestro sufrida bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas a menos que hayan sido administradas o recetadas por un médico.
- La exclusión para la operación de taxi o transporte de pasajeros no se aplica.
- La exclusión por cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, enseña, guía o acompaña a otros en ciertas actividades (es decir, deportes semiprofesionales y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe un pago para participar o enseñar en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.) no se aplica.

Rhode Island

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-38

- Cónyuge significa la persona con la que está legalmente casado o su pareja de unión civil según la ley de Rhode Island.

South Carolina

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-39

- El período de derecho a examinar es de 30 días.
- La exclusión no se aplica a un siniestro incurrida como resultado de que la persona cubierta se encuentre en estado de embriaguez, según lo definido por la ley estatal correspondiente, o bajo la influencia de narcóticos ilegales o sustancias controladas, o que esté tomando medicamentos de venta sin receta en una dosificación distinta a la recomendada.

Tennessee

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-41

- Las visitas de quiropraxia se reembolsan como visitas al consultorio del médico y no incluyen el beneficio separado para visitas de quiropraxia en visitas terapéuticas.
- La exclusión por siniestros relacionadas con la práctica de un aborto se sustituye por lo siguiente: toda siniestro relacionada con la práctica de un aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término o cuando el feto no sea viable).

Diferencias entre Estados (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Texas

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-42

- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Hospitalización durante el primer viernes o sábado de una estadía en el hospital que comience uno de esos días, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado para el día siguiente a la fecha de admisión.
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
 - Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
 - Servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta.
 - Cualquier servicio prestado fuera de los Estados Unidos, excepto los servicios prestados para el tratamiento de emergencia de una persona cubierta.

Utah

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-43

- Las siguientes exclusiones por cualquier siniestro causada por cualquiera de los siguientes motivos, que resulte de ellos o que se relacione con estos no se aplican:
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
 - Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 45 días de anticipación.

Virginia

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-45

- Las disposiciones sobre declaración errónea de género y consumo de tabaco no se aplican. Si la edad se declara de forma incorrecta, los beneficios serán los que la prima pagada hubiera adquirido a la edad correcta.
- En lo que respecta a la exclusión por tratamiento estético, la cirugía estética no incluirá la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental o posterior a la cirugía resultante de trauma, infección u otras enfermedades de la parte involucrada y la cirugía reconstructiva por enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto que haya dado lugar a un defecto funcional.
- La exclusión por embriaguez se aplica a un siniestro efectuada como resultado de que la persona cubierta se encuentre en estado de embriaguez, según lo definido por la ley estatal correspondiente en el estado en el que ocurrió el siniestro: si la persona asegurada está borracha o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que lo tome por consejo de un médico.
- La exclusión por embarazo o parto no se aplica al embarazo posterior a un acto de violación cuando se denuncia a la policía en un plazo no mayor de 7 días desde que ocurrió; o hasta 180 días por un acto de violación o incesto de una mujer menor de 13 años de edad.
- La exclusión por una lesión sufrida mientras se encontraba en una aeronave no comercial se aplica solo si opera la aeronave.
- La exclusión de cualquier siniestro relacionada con el tratamiento de trastornos mentales o de abuso de sustancias se sustituye por lo siguiente: todo siniestro relacionada con el tratamiento de trastornos mentales, adicción a las drogas y alcoholismo.
- Los beneficios de las visitas al consultorio se limitan únicamente a las visitas al consultorio médico que no se relacionen solamente con tratamientos alternativos, incluidos la acupresión, la acupuntura, la aromaterapia, el hipnotismo, la terapia de masajes, el método Rolfing y otras formas de tratamiento alternativo según lo define la Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionadas.
 - Hospitalización durante el primer viernes o sábado de una estadía en el hospital que comience uno de esos días, a menos que se trate de una emergencia o se programe una cirugía médicamente necesaria para un paciente hospitalizado el día posterior a la fecha de admisión.

Diferencias entre Estados (continuación)

Consulte la disponibilidad estatal y los beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes específicos de cada estado.

Virginia (continuación)

- Cirugía de reasignación sexual.
- Tratamiento de infertilidad.
- Operar un taxi o cualquier otro medio de transporte de pasajeros a cambio de salario, compensación o beneficio.
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe un pago para participar o enseñar lo siguiente: equitación, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o montaña.
- Cualquier lesión sufrida al participar, demostrar, enseñar, guiar o acompañar a otros en lo siguiente: deportes (semiprofesionales o interuniversitarios, sin incluir deportes internos), salto en paracaídas, ala delta, caída libre, puentismo, paracaidismo, carreras o pruebas de velocidad en cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo/submarinismo (60 pies o más de profundidad).
- Cualquier siniestro sufrida mientras la persona cubierta esté encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención.
- Tratamiento(s) experimental(es) o de investigación.

West Virginia

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-47

- No hay variaciones estatales.

Wisconsin

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-48

- El Resumen de la Cobertura para este estado, HPG3-OC-CSTM-GRI-48, puede consultarse en <https://stage.uhone.com/api/suppliesystem/?Filename=52002OCWI-G202506.pdf>
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección tergiversada o no completamente divulgada en la solicitud de seguro:
 - Para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
 - O bien, que manifestó síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico o tratamiento en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia correspondiente en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de cambio de prima, se le dará un aviso de los cambios con al menos 60 días de anticipación.

Wyoming

Formulario de la póliza HPG3-CSTM-GRI-49

- Las disposiciones sobre declaración errónea de género y consumo de tabaco no se aplican.
- “Enfermedad preexistente” significa una enfermedad, lesión o afección para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó consejo, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico en un plazo no mayor de 6 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia en que la persona cubierta se convirtiera en persona asegurada en virtud de la póliza.
- En la disposición de Notificación de reclamo, debemos recibir la notificación de reclamo en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Nota para nuestros clientes sobre el seguro suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud o de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros.
- Este plan ofrece una cobertura opcional por una prima adicional. Su objetivo es complementar su seguro de salud y proporcionarle beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Avisos de prácticas de privacidad de los planes de salud

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información.

Consúltelo aquí. Léalo con mucha atención.

(<https://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-EN.pdf>)

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

El seguro entrará en vigencia con las limitaciones que se muestran más adelante, si se cumplen estas condiciones:

1. La solicitud está llena en su totalidad y Golden Rule Insurance Company la acepta y aprueba sin condiciones
2. La primera prima completa, según el modo de pago seleccionado, se pagó en la fecha de vigencia o antes, y cualquier cheque es aceptado la primera vez que se presentó para su cobro
3. La póliza: (a) es emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicita dentro de los 45 días a partir de la fecha de la solicitud; (b) se entrega a la persona asegurada propuesta; y (c) es aceptada por la persona asegurada propuesta

Después de completar la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se registró correctamente. Guarde una copia electrónica de este documento. Contiene información importante.