



Seguro Colectivo en Enfermedades Específicas

¿Cómo funciona?

Si se le diagnostica una enfermedad cubierta por este seguro, recibirá un pago de beneficio de una sola vez. Puede utilizar el dinero de la forma que usted elija.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

- Este dinero puede ayudarle a pagar los gastos por cuenta propia tales como deducibles.
- Usted puede utilizar esta cobertura más de una vez. Aun después de recibir un pago único por una enfermedad, mantendrá la cobertura para las condiciones restantes y para la recurrencia de cualquier enfermedad grave con la excepción del cáncer de piel. El beneficio para recurrencias paga el 100% de su monto de cobertura.

¿Qué cubre?

Enfermedad especificada

- Ataque al corazón
- Derrame cerebral
- Insuficiencia de órganos principales
- Arteriopatía coronaria (50%)
- Enfermedad de Alzheimer

Condiciones de cáncer

- Cáncer invasivo- todo cáncer de mama se considera invasivo
- Cáncer no invasivo (25%)
- Cáncer de piel — \$500

Consulte el certificado para obtener las definiciones completas de estas condiciones cubiertas. La cobertura puede variar según el estado. Consulte las exclusiones y limitaciones.

¿Por qué debería comprar cobertura ahora?

- Es más asequible cuando la compre a través de su empleador, y las primas se le pagan mediante cómodas deducciones de su nómina.
- La cobertura es portátil. Puede mantener la cobertura incluyendo si deja la compañía o se jubila. Recibirá las facturas directamente en su casa.

Beneficio de Be Well

Cada año, cada miembro de la familia que cuente con la cobertura de Específicas puede recibir \$50 también si se realiza una prueba de evaluación de salud, tales como:

- Los exámenes anuales realizados por un médico incluyen exámenes físicos deportivos, visitas para niños sanos, exámenes dentales y de la vista.
- Pruebas de detección de cáncer, incluyendo la prueba de Papanicolaou, colonoscopia
- Pruebas de función cardiovascular
- Pruebas de colesterol y diabetes
- Estudios de imágenes, que incluyen rayos X de pecho, mamografía
- Inmunizaciones que incluyen HPV, MMR, tétanos, influenza

¿Quién puede adquirir esta cobertura?

Usted:	Elija \$10,000, \$20,000, \$30,000 o \$40,000 o de cobertura sin preguntas médicas si solicita la cobertura durante este periodo de inscripción
Su cónyuge:	Los cónyuges sólo pueden adquirir el 50% de la cantidades de cobertura del empleado siempre que haya comprado cobertura para usted mismo.
Sus hijos:	Los hijos desde su nacimiento con vida hasta los 26 años de edad están cubiertos automáticamente sin costo adicional. El monto de cobertura para los hijos es el 50% del suyo. Están cubiertos contra todas las mismas enfermedades.

Costos bisemanal		
Edad	Coberto del/de la empleado: \$10,000 Coberto del/de la con cónyuge: \$5,000 Beneficio de Be Well: \$50	
	Empleado	Cónyuge
under 25	\$0.78	\$0.39
25 - 29	\$0.92	\$0.46
30 - 34	\$1.15	\$0.58
35 - 39	\$1.48	\$0.74
40 - 44	\$1.98	\$0.99
45 - 49	\$2.77	\$1.38
50 - 54	\$3.88	\$1.94
55 - 59	\$5.35	\$2.68
60 - 64	\$7.71	\$3.85
65 - 69	\$11.03	\$5.52
70 - 74	\$16.25	\$8.12
75 - 79	\$22.02	\$11.01
80 - 84	\$28.15	\$14.08
85+	\$40.34	\$20.17

Costos bisemanal		
Edad	Coberto del/de la empleado: \$30,000 Coberto del/de la con cónyuge: \$15,000 Beneficio de Be Well: \$50	
	Empleado	Cónyuge
under 25	\$2.35	\$1.18
25 - 29	\$2.77	\$1.38
30 - 34	\$3.46	\$1.73
35 - 39	\$4.43	\$2.22
40 - 44	\$5.95	\$2.98
45 - 49	\$8.31	\$4.15
50 - 54	\$11.63	\$5.82
55 - 59	\$16.06	\$8.03
60 - 64	\$23.12	\$11.56
65 - 69	\$33.09	\$16.55
70 - 74	\$48.74	\$24.37
75 - 79	\$66.05	\$33.02
80 - 84	\$84.46	\$42.23
85+	\$121.02	\$60.51

Costos bisemanal		
Edad	Coberto del/de la empleado: \$20,000 Coberto del/de la con cónyuge: \$10,000 Beneficio de Be Well: \$50	
	Empleado	Cónyuge
under 25	\$1.57	\$0.78
25 - 29	\$1.85	\$0.92
30 - 34	\$2.31	\$1.15
35 - 39	\$2.95	\$1.48
40 - 44	\$3.97	\$1.98
45 - 49	\$5.54	\$2.77
50 - 54	\$7.75	\$3.88
55 - 59	\$10.71	\$5.35
60 - 64	\$15.42	\$7.71
65 - 69	\$22.06	\$11.03
70 - 74	\$32.49	\$16.25
75 - 79	\$44.03	\$22.02
80 - 84	\$56.31	\$28.15
85+	\$80.68	\$40.34

Costos bisemanal		
Edad	Coberto del/de la empleado: \$40,000 Coberto del/de la con cónyuge: \$20,000 Beneficio de Be Well: \$50	
	Empleado	Cónyuge
under 25	\$3.14	\$1.57
25 - 29	\$3.69	\$1.85
30 - 34	\$4.62	\$2.31
35 - 39	\$5.91	\$2.95
40 - 44	\$7.94	\$3.97
45 - 49	\$11.08	\$5.54
50 - 54	\$15.51	\$7.75
55 - 59	\$21.42	\$10.71
60 - 64	\$30.83	\$15.42
65 - 69	\$44.12	\$22.06
70 - 74	\$64.98	\$32.49
75 - 79	\$88.06	\$44.03
80 - 84	\$112.62	\$56.31
85+	\$161.35	\$80.68

Empleo activo: se lo considera en empleo activo si, el día que solicita la cobertura, se le paga regularmente por el mínimo requerido 30 horas cada semana y usted está realizando las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual. La cobertura del seguro se retrasará si no tiene un empleo activo debido a una lesión, enfermedad, despido temporal o licencia en la fecha en que el seguro entraría en vigencia. Los nuevos empleados tienen un 0 día período de espera para ser elegible para la cobertura. Comuníquese con el administrador de su plan para confirmar su fecha de elegibilidad. Si se inscribe y es elegible para Medicare (mayores de 65 años o discapacitado), la Guía del seguro de salud para personas con Medicare está disponible en <https://es.medicare.gov/publications/02110-medigap-guide-health-insurance.pdf>

La deducción de su nómina incluirá el costo de la cobertura y el Beneficio Be Well. Los montos reales que se le facturen pueden variar.

Exclusiones y limitaciones

No pagaremos beneficios por una reclamación que sea causada, derivada o producida como resultado de:

- participar en un delito grave; dedicarse a una ocupación o actividad ilegal; infligirse autolesiones intencionadamente o cometer o intentar cometer suicidio; participación activa en un disturbio o una insurrección. Esto no incluye disturbios o desórdenes públicos, una lesión como resultado de ser transeúnte inocente, o una lesión por defensa propia; participar en una guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no; combate o entrenamiento para combatir mientras sirva en las fuerzas armadas de cualquier nación o autoridad, incluida la Guardia Nacional u organizaciones gubernamentales similares; uso voluntario de cualquier narcótico a menos que se tome por prescripción o indicación del médico del asegurado; estar intoxicado

Además, no se pagará ningún beneficio por una pérdida cubierta que ocurra antes de la fecha de vigencia de la cobertura.

La pérdida cubierta debe ser después de la fecha de vigencia de la cobertura.

Terminación de la cobertura del empleado

Si elige cancelar su cobertura, ésta terminará el primer día del mes posterior a la fecha en que proporcione la notificación de cancelación a su empleador. De lo contrario, su cobertura terminará cuando se produzca lo primero de lo siguiente: la fecha en que se cancele esta póliza; la fecha en que deje de pertenecer a un grupo elegible; la fecha en que su grupo elegible deje de estar cubierto; la fecha de su fallecimiento; el último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria; o el último día en que trabaje como empleado en activo.

Sin embargo, siempre que se paguen las primas según lo exigido, la cobertura continuará conforme a la disposición de Continuación de su cobertura durante ausencias o si decide continuar cobertura para usted mismo, su cónyuge, e hijos continuará de acuerdo con la disposición de portabilidad del Seguro contra Enfermedades Graves.

Esta póliza solo brinda beneficios limitados de seguro médico. NO proporciona seguro hospitalario básico, médico básico o médico mayor según lo define el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York.

Unum proporcionará cobertura por una reclamación pagadera que ocurra mientras usted esté cubierto bajo este certificado.

Unum cumple con las leyes aplicables de uniones civiles y parejas de hecho.

ESTE SEGURO PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS

Esta cobertura es un complemento del seguro médico. Esta cobertura es un complemento del seguro de salud. No es un sustituto de los beneficios de salud esenciales o la cobertura esencial mínima según lo definido en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben estar cubiertos por un seguro médico integral antes de solicitar esta cobertura.

Esta información no tiene la finalidad de describir completamente la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y disponibilidad, consulte el formulario de certificado GCIC16-1-NY e formulario de póliza GCI16-1-NY o comuníquese con su representante de Unum.

Suscrito por Provident Life and Casualty Insurance Company, Chattanooga, TN

© 2023 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

SPECIFIED DISEASE COVERAGE NEW YORK

Provident Life and Casualty Insurance Company

REQUIRED DISCLOSURE STATEMENT

THIS CERTIFICATE IS NOT A MEDICARE SUPPLEMENT PLAN. If you are eligible for Medicare, review the Guide to Health Insurance for People with Medicare available from us.

If you are less than 65 years of age:

This Certificate of Coverage is a group Certificate of Coverage. This Certificate of Coverage provides specified disease coverage ONLY. This Certificate of Coverage does NOT provide basic hospital, basic medical or major medical insurance, as defined by the New York State Department of Financial Services.

If you are age 65 years or older:

This Certificate of Coverage is a group Certificate of Coverage. This Certificate of Coverage provides specified disease coverage ONLY. This Certificate of Coverage does NOT provide Medicare supplement insurance, long term care insurance, nursing home insurance only, home care insurance only or nursing home and home care insurance as defined by the New York State Department of Financial Services. You may also contact your local social security office or us and obtain a copy of the Guide to Health insurance for People with Medicare.

This disclosure statement and the disclosures on pages 1 and 2 are a very brief summary of your Certificate of Coverage.

The Certificate of Coverage itself sets forth the rights and obligations of both you and us. It is therefore imperative that you READ YOUR CERTIFICATE OF COVERAGE carefully.

The expected benefit ratio for the Certificate of Coverage is 70%. This ratio is the portion of future premiums that the company expects to return as benefits, when averaged over all people with the Certificate of Coverage.

A synopsis of the benefits, exclusions and limitations of the Certificate of Coverage is listed below. Your Certificate of Coverage will include the actual coverage provided:

For You	For Your Spouse	For Your Children
\$10,000, \$20,000 or \$30,000	50% of your Coverage Amount	50% of your Coverage Amount

SPECIFIED DISEASE COVERAGE — NEW YORK

Covered Conditions

Specified Diseases	Percentage of Coverage Amount
Alzheimer's Disease	100%
Coronary Heart Disease	50%
Heart Attack (Myocardial Infarction)	100%
Major Organ Failure	100%
Stroke	100%

Cancer	Percentage of Coverage Amount
Invasive Cancer (including all Breast Cancer)	100%
Non-Invasive Cancer	25%
Skin Cancer	\$500

Exclusions

We will not pay benefits for a claim that is caused by, contributed to by, or occurs as a result of any of the following:

- participating in a felony;
- being engaged in an illegal occupation or activity;
- injuring oneself intentionally or attempting or committing suicide;
- active participation in a riot or insurrection. This does not include civil commotion or disorder, injury as an innocent bystander, or Injury for self-defense;
- participating in war or any act of war, whether declared or undeclared;
- combat or training for combat while serving in the armed forces of any nation or authority, including the National Guard, or similar government organizations;
- voluntary use of any narcotic unless taken as prescribed or directed by the Insured's Physician; and
- being intoxicated.

Additionally, no benefits will be paid for a Date of Diagnosis that occurs prior to the Coverage Effective Date.

Pre-existing Condition

We will not pay benefits for a Covered Loss when a Date of Diagnosis for a Covered Loss occurs in the first 6 months following an Insured's Coverage Effective Date and the Covered Loss is caused by, contributed to by, or occurs as a result of any of the following:

- a Pre-existing Condition; or
- complications arising from treatment or surgery for, or medications taken for, a Pre-existing Condition.

An Insured has a Pre-existing Condition if, within the months just prior to their Coverage Effective Date, they have an Injury or Sickness for which medical advice was given or treatment was received or recommended to be received during that period.

This Pre-existing Condition provision will not apply if the Date of Diagnosis for a Covered Condition occurs after the first 6 months following an Insured's Coverage Effective Date.

Pre-existing Condition requirements are not applicable to:

- Children who are newly acquired after your Coverage Effective Date.

The Pre-existing Condition provision applies to any Insured's initial coverage and any increases in coverage. Coverage Effective Date refers to the date any initial coverage or increases in coverage become effective.