

HOSPITAL assureSM

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA



*El enfoque está en su atención,
no en los costos.*





HOSPITAL assureSM

El seguro de indemnización hospitalaria de Washington National puede protegerlo a usted y a su familia de los elevados costos de las hospitalizaciones.

Las emergencias médicas son impredecibles y costosas, y es posible que el plan de salud de su empleador, un seguro de salud privado o Medicare cubran solo parte de los costos.

Los costos hospitalarios están aumentando y su cobertura actual podría hacerlo responsable de copagos, deducibles, gastos de transporte y más.

UNA SOLUCIÓN SENSATA

Hospital AssureSM complementa su plan de seguro de salud existente al pagarle directamente a usted beneficios en dólares en efectivo fijos en caso de que usted o un familiar cubierto sean hospitalizados debido a una enfermedad o un accidente cubiertos, además de cualquier otra cobertura que tenga.

Utilice sus beneficios en efectivo para pagar:

- Deducibles
- Copagos
- Costos de hospitales fuera de la red
- Facturas y gastos diarios cuando no pueda trabajar

Considere
los siguientes hechos:



Una hospitalización promedio cuesta más de **10700 USD**¹.



Las facturas hospitalarias son el mayor gasto de bolsillo para las personas que se declaran en quiebra por motivos médicos².



El 61% de los estadounidenses no podría pagar una factura no prevista de **1000 USD** con fondos de sus ahorros³.

¹Business Insider, *Las 35 razones más costosas por las que posiblemente deba visitar un hospital en los EE. UU. y cuánto le costará si lo hace*, <http://www.businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospital-costs-2018-2>, 1.º de marzo de 2018.

²Healthline, *Cuánto cuesta permanecer en el hospital*, <https://www.healthline.com/health-news/how-much-does-hospital-stay-cost#6>, 17 de julio de 2017.

³Bankrate, *La mayoría de los estadounidenses no tienen suficientes ahorros para cubrir una emergencia de 1000 USD*, <https://www.bankrate.com/banking/savings/financial-security-0118/>, 18 de enero de 2018.

Quédese tranquilo. Nosotros lo cubrimos.

CUENTE CON WASHINGTON NATIONAL
PARA ESTAS IMPORTANTES GARANTÍAS:

Flexibilidad

Porque nuestros beneficios en efectivo se le pagan **directamente a usted**, no a un médico u hospital y no tiene ninguna restricción con respecto a cómo utilizar sus beneficios.

Portabilidad

Esto le permite **conservar su póliza**, incluso si cambia de trabajo, se muda a un estado diferente, se jubila o continúa con Medicare.

Las primas se mantienen iguales

Sus tarifas **no pueden aumentar** a menos que todas las tarifas de ese tipo aumenten en su estado.

Renovación garantizada de por vida

Su póliza tiene renovación **garantizada** siempre y cuando usted pague las primas requeridas a tiempo.

**El enfoque está en su
atención, no en los costos.**

Los beneficios en virtud de esta póliza pueden cambiar para cumplir con leyes impositivas federales y estatales. Consulte con su agente de Washington National o con sus asesores impositivos y legales para obtener una explicación de sus beneficios.





Opciones de cobertura

Elija la póliza que se adapte a sus necesidades¹

BENEFICIO DE LA PÓLIZA BASE	DESCRIPCIÓN ²	MONTO
SUMA GLOBAL POR HOSPITALIZACIÓN	Pagadera el primer día en que una persona cubierta es hospitalizada durante 23 horas o más debido a una enfermedad o un accidente cubiertos. Usted elije el monto del beneficio al momento de presentar la solicitud. Este beneficio se limita a uno por año calendario, por persona cubierta.	1000 USD, 2000 USD, 3000 USD, 4000 USD o 5000 USD
PACIENTE AMBULATORIO	Pagadero para estadías en un hospital, unidad de observación o centro quirúrgico ambulatorio durante menos de 23 horas debido a una enfermedad o un accidente cubiertos. Este beneficio se limita a 2 días por año calendario, por persona cubierta.	100 USD por día
SALA DE EMERGENCIAS	Pagadero para tratamientos en una sala de emergencias hospitalaria o centro de atención urgente por una enfermedad o un accidente cubiertos. Este beneficio se limita a 2 días por año calendario, por persona cubierta.	100 USD por día
CENTRO DE REHABILITACIÓN	Pagadero para una estadía en un centro de rehabilitación por pedido médico debido a una enfermedad o un accidente cubiertos. Este beneficio se limita a 15 días por hospitalización. Se limita a 30 días por año calendario, por persona cubierta.	100 USD por día
EXENCIÓN DE PRIMA	Después de que un titular de la póliza sea hospitalizado por una enfermedad o un accidente cubiertos durante un período superior a 30 días consecutivos; este beneficio comenzará el día 31 de cualquier período de continuación ininterrumpida de esa hospitalización. Se cancelará todo pago de prima que ocurra durante este período de exención, sobre la base máxima de mes a mes. El período de exención finalizará en la fecha que ocurra primero, el alta hospitalaria o al final del período de 12 meses de hospitalización continua ininterrumpida. En ese momento, se reanudará el pago de primas.	Exención de primas en la póliza base y en cualquier cláusula seleccionada.

¹ Las primas se basan en el nivel de cobertura seleccionado. La cobertura puede variar dependiendo del estado y la suscripción. ² Consulte las definiciones del beneficio para conocer limitaciones y detalles adicionales.

Cláusulas opcionales

Cobertura adicional disponible para contar con más protección¹

	DESCRIPCIÓN ²	MONTO		
CLÁUSULA DE BIENESTAR Y DIAGNÓSTICO	<p>Beneficio de visita al consultorio médico. Pagadero para visitas (incluida telemedicina) al consultorio de un médico debido a una enfermedad o un accidente cubiertos, o exámenes de bienestar en un centro designado.</p> <p><i>Cobertura individual:</i> se limita a 3 días por año calendario. <i>Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia:</i> se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.</p>	25 USD por día		
	<p>Análisis de laboratorio y radiografías. Pagadero para cualquier día que una persona cubierta se realice análisis de laboratorio o radiografías, debido a una enfermedad o un accidente cubiertos, en un centro designado.</p> <p><i>Cobertura individual:</i> se limita a 3 días por año calendario. <i>Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia:</i> se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.</p>	50 USD por día		
	<p>Exámenes de diagnóstico por imágenes. Pagadero para los siguientes exámenes: tomografía computarizada (TC o TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), electrocardiograma (ECG), prueba de esfuerzo con talio, mielograma, angiografía o arteriografía.</p> <p><i>Cobertura individual:</i> se limita a 3 días por año calendario. <i>Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia:</i> se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.</p>	100 USD por día		
	<p>Exámenes de diagnóstico. Pagadero para los siguientes exámenes: artroscopia, broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, endoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, laparoscopia, laringoscopia o sigmoidoscopia.</p> <p><i>Cobertura individual:</i> se limita a 3 días por año calendario. <i>Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia:</i> se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.</p>	100 USD por día		
	DESCRIPCIÓN ²	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
CLÁUSULA DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS	<p>Suma global por hospitalización ADICIONAL. Pagadera el primer día de hospitalización después del pago de la suma global por hospitalización, el beneficio paga por un nuevo período de hospitalización. Este beneficio se limita a 3 días de hospitalización por año calendario, por persona cubierta.</p>	100 USD por día	200 USD por día	300 USD por día
	<p>Hospitalización diaria. Pagadero por día, por persona cubierta, debido a una enfermedad o un accidente cubiertos, durante un período máximo de hospitalización de 365 días.</p>	50 USD por día	100 USD por día	150 USD por día
	<p>Hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Pagadero además de la hospitalización diaria para cada día que una persona cubierta esté hospitalizada en una UCI debido a una enfermedad o un accidente cubiertos.</p>	100 USD por día (50 USD por UCI + 50 USD por hospitalización diaria)	200 USD por día (100 USD por UCI + 100 USD por hospitalización diaria)	300 USD por día (150 USD por UCI + 150 USD por hospitalización diaria)
	<p>Paciente ambulatorio ADICIONAL. Pagadero además de los 100 USD por día del beneficio de paciente ambulatorio proporcionado por la póliza base.</p>	Más de 50 USD por día	Más de 100 USD por día	Más de 150 USD por día
	<p>Centro de rehabilitación ADICIONAL. Pagadero además de los 100 USD por día del beneficio de centro de rehabilitación proporcionado por la póliza base.</p>	Más de 50 USD por día	Más de 100 USD por día	Más de 150 USD por día
	<p>Procedimiento quirúrgico. Pagadero para una cirugía cubierta realizada en un hospital, hospital gubernamental de los EE. UU. o centro quirúrgico ambulatorio. Este beneficio se limita a un procedimiento quirúrgico en un período de 24 horas, por persona cubierta.</p>	De 100 USD a 1000 USD por cirugía	De 100 USD a 1000 USD por cirugía	De 100 USD a 1000 USD por cirugía
	<p>Ambulancia. Pagadero si un servicio de ambulancia terrestre o aérea con licencia traslada a una persona cubierta hacia o desde un hospital.</p> <p><i>Cobertura individual:</i> se limita a 3 viajes de ida o vuelta por año calendario. <i>Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia:</i> se limita a 3 viajes de ida o vuelta por persona cubierta, hasta 6 viajes de ida o vuelta por año calendario.</p>	200 USD para ambulancia terrestre, 2000 USD para ambulancia aérea	200 USD para ambulancia terrestre, 2000 USD para ambulancia aérea	200 USD para ambulancia terrestre, 2000 USD para ambulancia aérea

¹Las primas se basan en el nivel de cobertura seleccionado. La cobertura puede variar dependiendo del estado y la suscripción. ²Consulte las definiciones del beneficio para conocer limitaciones y detalles adicionales.

Devolución de la prima

La cobertura que necesita en la actualidad. Devolución de dinero para el futuro.

Elija un beneficio que pueda devolverle sus primas. Con la cláusula del beneficio opcional de devolución de la prima, puede recibir un cheque por todas las primas pagadas, menos las reclamaciones presentadas, cada 20 años (o en la fecha de aniversario del beneficio después de su cumpleaños número 75, si eso sucede antes)*.

Lo único que debe hacer es mantener su póliza y este beneficio opcional vigentes hasta su vencimiento. Cuando se devuelva el dinero, puede continuar su cobertura y volver a cobrar.

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN TRES EJEMPLOS DE LA POSIBLE DEVOLUCIÓN DE SUS PRIMAS**:

	Sin reclamación	Reclamación menor	Reclamación mayor
Total de primas pagadas	9600 USD	9600 USD	9600 USD
Reclamaciones presentadas	- 0	- 2000	- 15 000
Monto a devolver	9600	7600	0

Si tiene 65 años o más cuando comienza el “período de devolución de primas”, y la póliza y el beneficio de devolución de primas han permanecido en vigencia, puede continuar recibiendo el pago de primas, menos las reclamaciones que haya presentado, al final de cada período de 10 años.

* Denominado período de “devolución de primas”. El final del período se denomina “vencimiento”.

** Ejemplos hipotéticos que solo pretenden demostrar cómo funciona la cláusula opcional de devolución de primas/valor en efectivo si continúa la cobertura durante el período de devolución de primas hasta su vencimiento. No se realizan declaraciones ni garantías sobre primas o resultados futuros. Esta cláusula no se encuentra disponible con pólizas compradas como parte de un plan del Artículo 125.

DEFINICIONES DE BENEFICIOS

Suma global por hospitalización

Este beneficio es pagadero el primer día de un año calendario cuando una persona cubierta es hospitalizada durante 23 horas o más. Este beneficio se limita a un día por año calendario, por persona cubierta. Sin máximo de por vida. Este beneficio se restablece cada 1.º de enero. Si una hospitalización continúa de manera ininterrumpida, sin que se otorgue el alta, de un año calendario al siguiente, no se pagará ningún beneficio de suma global por hospitalización por ningún día de esa hospitalización en el último año calendario. Una vez recibida el alta hospitalaria, para que un beneficio sea pagadero en el último año calendario, la hospitalización debe comenzar más de treinta (30) días después del alta hospitalaria.

Paciente ambulatorio

Este beneficio es pagadero por día cuando una persona cubierta se encuentra en un hospital, unidad de observación o centro quirúrgico ambulatorio durante menos de 23 horas. Este beneficio se limita a 2 días por año calendario, por persona cubierta. Este beneficio no es pagadero el mismo día que sea pagadero el beneficio de sala de emergencias.

Sala de emergencias

Este beneficio es pagadero por día cuando una persona cubierta ingresa a una sala de emergencias o visita un centro de atención urgente. Este beneficio se limita a 2 días por año calendario, por persona cubierta. La admisión en la sala de emergencias o la visita a un centro de atención urgente debido a un accidente cubierto debe ocurrir dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido el accidente cubierto. Este beneficio no es pagadero los días que sea pagadero el beneficio de paciente ambulatorio.

Centro de rehabilitación

Este beneficio es pagadero por día si una persona cubierta es hospitalizada y transferida a un centro de rehabilitación por solicitud del médico dentro de las 24 horas posteriores al alta hospitalaria. Este beneficio se limita a un máximo de 15 días por período de hospitalización en un centro de rehabilitación, con un máximo de 30 días por año calendario, por persona cubierta. Una readmisión dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por la misma afección médica, se considera parte de la hospitalización anterior. Todos los beneficios en virtud de esta póliza para hospitalización en un centro de rehabilitación son pagaderos únicamente en virtud del beneficio de centro de rehabilitación.

Beneficio de visita al consultorio médico

Pagadero una vez por día, para cualquier día en que una persona cubierta vaya a una cita al consultorio del médico, incluidas las visitas de telemedicina. Este beneficio cubre citas por un accidente cubierto, una enfermedad cubierta o exámenes de bienestar de rutina. Cobertura individual: se limita a 3 días por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Análisis de laboratorio y radiografías

Pagadero para cualquier día que una persona cubierta se realice análisis de laboratorio o radiografías por solicitud de un médico. Deben realizarse en un hospital, centro médico de diagnóstico por imágenes, consultorio médico, centro de atención urgente o centro quirúrgico ambulatorio. Cobertura individual: se limita a 3 días por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario. No pagadero para los exámenes enumerados en el beneficio de diagnóstico por imágenes o en el beneficio de diagnóstico.

Exámenes de diagnóstico por imágenes

Pagadero para cualquier día que una persona cubierta se realice uno de los siguientes exámenes, por solicitud de un médico debido a una enfermedad o un accidente cubiertos: tomografía computarizada (TC o TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), electrocardiograma (ECG), prueba de esfuerzo con talio, mielograma, angiografía o arteriografía. Deben realizarse en un hospital, centro médico de diagnóstico por imágenes, consultorio médico, centro de atención urgente o centro quirúrgico ambulatorio. No pagadero para los exámenes enumerados en el beneficio de análisis de laboratorio y radiografías o en el beneficio de diagnóstico. Cobertura individual: se limita a 3 días por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Exámenes de diagnóstico

Pagaderos para cualquier día que una persona cubierta se realice uno de los siguientes exámenes, por solicitud de un médico debido a una enfermedad o un accidente cubiertos: artroscopia, broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, endoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, laparoscopia, laringoscopia o sigmoidoscopia. Los procedimientos deben realizarse en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. No pagadero para los exámenes enumerados en el beneficio de análisis de laboratorio y radiografías o en el beneficio de diagnóstico por imágenes. Cobertura individual: se limita a 3 días por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Suma global por hospitalización adicional

Después de que el beneficio de suma global por hospitalización en virtud de esta política se haya pagado, el beneficio de suma global por hospitalización adicional en virtud de esta cláusula es pagadero el primer día que una persona cubierta es hospitalizada durante un nuevo período de hospitalización. Este beneficio se limita a 3 días por año calendario, por persona cubierta. Una readmisión dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por la misma afección médica, se considera parte de la hospitalización anterior. Este beneficio se restablece cada 1.º de enero. Si una hospitalización continúa de manera ininterrumpida, sin que se otorgue el alta, de un año calendario al siguiente, no se pagará ningún beneficio de suma global por hospitalización por ningún día de esa hospitalización en el último año calendario.

Hospitalización diaria

Pagadero por día, por persona cubierta, durante un máximo de 365 días por período de hospitalización cuando la hospitalización dure 23 horas o más. Una readmisión dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por la misma afección médica, se considera parte de la hospitalización anterior.

Hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Pagadero además del beneficio de hospitalización diaria para cada día que una persona cubierta esté hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos. Se limita a un máximo de 30 días por hospitalización. Una readmisión dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por la misma afección médica, se considera parte de la hospitalización anterior.

Paciente ambulatorio adicional

Pagadero además del beneficio proporcionado por la póliza base. Consulte la definición de paciente ambulatorio para obtener una descripción del beneficio.

Centro de rehabilitación adicional

Pagadero además del beneficio proporcionado por la póliza base. Consulte la definición de centro de rehabilitación para obtener una descripción del beneficio.

Procedimiento quirúrgico

El monto a pagar varía de acuerdo con el procedimiento, según el cronograma del beneficio para una cantidad ilimitada de operaciones separadas. Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico a la vez, a través de la misma incisión, se pagará el procedimiento con el monto de beneficio mayor. No pagaremos por una cirugía de diagnóstico o seguimiento que no trate una enfermedad o un accidente cubiertos. Utilizaremos la publicación Valores relativos para médicos (Relative Values for Physicians) y el código de terminología procedimental (Procedural Terminology Code, PTC) para determinar el valor quirúrgico asignado a cada procedimiento en la fecha en que se realice el procedimiento. Este beneficio se limita a un (1) procedimiento quirúrgico en un período de veinticuatro (24) horas por persona cubierta. La cirugía debe realizarse en un hospital, hospital gubernamental de los EE. UU. o centro quirúrgico ambulatorio.

Ambulancia

Pagadero si un servicio de ambulancia terrestre o aérea con licencia traslada a una persona cubierta hacia o desde un hospital. Para un accidente cubierto, el traslado en ambulancia debe ocurrir dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido el accidente cubierto. Cobertura individual: se limita a 3 viajes de ida o vuelta por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familia: se limita a 3 viajes de ida o vuelta por persona cubierta, hasta 6 viajes de ida o vuelta por año calendario.

La hospitalización y los servicios recibidos en un hospital gubernamental de los EE. UU. no requieren un cargo.

Limitaciones y exclusiones

PÓLIZA CON BENEFICIOS LIMITADOS. No pagaremos beneficios por pérdidas contribuidas, causadas u originadas por ninguno de los siguientes factores: Cirugía estética o plástica: cirugía que no se realiza para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o un accidente cubiertos; que no se considera médicamente necesaria; que resulta, directa o indirectamente, de complicaciones de una cirugía estética o plástica, incluidas, entre otras, las siguientes: abdominoplastia (reducción de abdomen), mamoplastia (cirugía plástica de la mama), rinoplastia (cirugía de nariz) o lipectomía asistida por succión (liposucción). Procedimientos dentales: tratamiento para el cuidado dental o los procedimientos dentales, a menos que el tratamiento sea el resultado de un accidente cubierto y se considere médicamente necesario. Cirugía electiva: cirugía que no se realiza para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o un accidente cubiertos; que no se considera médicamente necesaria; que resulta, directa o indirectamente, de complicaciones de una cirugía electiva, incluidas, entre otras¹, las siguientes: cirugía de derivación gástrica, aborto voluntario (excepto cuando la persona cubierta corriera peligro si el embarazo llegara a término o cuando surjan complicaciones médicas debido al aborto); o cambio de sexo. Aviación²: operar, aprender a operar, servir como miembro de la tripulación en cualquier aeronave, incluso aquellas no motorizadas, o saltar o caer de un vehículo de estas características. Actividades peligrosas³: incluidas, entre otras, aladeltismo, puenting, paracaidismo, parapente, paravela, vuelo en paracaídas, escalada en roca, buceo, montañismo o actividades similares. Actos ilícitos: la participación o el intento de participación en un acto ilegal⁴ o trabajo ilegal. Intoxicación⁵⁻⁶: estar legalmente intoxicado⁷ o bajo tales efectos que sus capacidades físicas o mentales están gravemente incapacitadas⁸, estar bajo la influencia de cualquier droga ilegal o narcótico, a menos que dicho narcótico sea tomado por indicación de un médico y según sus instrucciones. Trastorno mental: tener un trastorno de conducta o psicológico, una enfermedad o un síndrome, sin origen orgánico demostrable. Cuidado de un recién nacido: no pagaremos un cargo separado ocasionado por la estancia del recién nacido en una sala de recién nacidos como resultado de un parto normal. Embarazo: el embarazo normal⁹, o el parto que ocurre dentro de los primeros diez (10) meses después de la fecha de vigencia de la cobertura o un parto por cesárea que no sea el resultado de complicaciones en el embarazo. La pérdida debida a complicaciones del embarazo se pagará de la misma forma que cualquier otro beneficio cubierto. Embarazo de un hijo dependiente: un embarazo de un hijo dependiente no estará cubierto. La pérdida debida a complicaciones del embarazo se pagará de la misma forma que cualquier otro beneficio cubierto. Carreras¹⁰: la participación en carreras o conducir un vehículo motorizado en una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad, o mientras se prueba cualquier vehículo en cualquier pista de carreras o circuito. Lesiones autoinfligidas: lesionarse o intentar provocarse una lesión de manera intencional, independientemente de la capacidad mental. Abuso de sustancias¹¹: alcoholismo, abuso de drogas o adicción a fármacos. Suicidio: cometer suicidio o intentar suicidarse, independientemente de la capacidad mental. Deportes¹⁰: participar en un evento deportivo por el que recibe un pago o premio. Viaje/Traslado: estar a más de 64 km (40 millas) de los límites territoriales de los Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico. Procedimientos de la vista: exámenes o procedimientos de rutina de la vista, a menos que el tratamiento sea el resultado de un accidente cubierto y se considere médicamente necesario. Guerra/Servicio militar¹²: estar expuesto a una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no, o participar o tener un contrato con las fuerzas armadas (incluida la Guardia Costera) de cualquier país o autoridad internacional¹³.

Limitación de afección preexistente: no se pagan beneficios a una persona cubierta con una afección preexistente durante los primeros doce (12) meses posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona cubierta.

Limitación de período de espera¹⁰: no se pagan beneficios por ninguna enfermedad cubierta que sea diagnosticada, tratada o que produzca un síntoma claro u obvio durante el período de espera de los primeros doce (12) meses posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona cubierta.

DEFINICIONES ADICIONALES

AFECCIÓN PREEXISTENTE¹⁶: hace referencia a la existencia de síntomas que pueden hacer que una persona prudente¹⁴ necesite diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un período de doce (12) meses¹⁵ previos a la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona cubierta, o bien, una afección para la cual un médico recomendó o proporcionó asesoramiento o tratamiento médico, o para la cual se recetaron medicamentos dentro de un período de doce (12) meses previos a la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona cubierta. La afección preexistente puede existir aunque no se haya hecho aún un diagnóstico.

PERÍODO DE ESPERA¹⁰⁻¹⁵: esta póliza tiene un período de espera de treinta (30) días para cualquier enfermedad cubierta. No pagaremos beneficios durante los primeros doce (12) meses de cobertura por ninguna enfermedad de una persona cubierta que sea diagnosticada, tratada o que produzca un síntoma claro u obvio durante los primeros treinta (30) días de la cobertura de esa persona cubierta. Los beneficios para esa enfermedad, si se trata de una enfermedad cubierta, solo se proporcionarán para la atención o el tratamiento que comience más de doce (12) meses después de la fecha de vigencia de la cobertura de esa persona cubierta. Si una enfermedad es diagnosticada, tratada o produce un síntoma claro u obvio durante el período de espera y, de otra manera, tal enfermedad estaría cubierta en virtud de esta póliza, durante los primeros doce (12) meses de cobertura, usted puede optar por anular esta póliza desde su fecha de vigencia y recibir un reembolso total de cualquier prima pagada.

No hay un período de espera para ningún accidente cubierto.

Un hospital no es una cama, una unidad ni un centro que funciona como centro especializado de enfermería, residencia de ancianos, centro de atención prolongada, clínica de reposo, hogar de descanso o asilo de ancianos, sanatorio, centro de rehabilitación, centro que proporciona atención principalmente a alcohólicos o drogadictos, ni centros para la atención y el tratamiento de enfermedades mentales o trastornos mentales.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: (1) en el caso de una enfermedad cubierta, es un período que comienza al menos treinta (30) días¹⁰ después de la fecha de vigencia de la cobertura de una persona cubierta, que empieza el primer día de hospitalización debido a una enfermedad cubierta y finaliza el último día de hospitalización debido a esa enfermedad cubierta; y (2) en el caso de un accidente cubierto, es un período que comienza en la fecha de vigencia de la cobertura de una persona cubierta o después, que empieza el primer día de hospitalización debido a un accidente cubierto y finaliza el último día de hospitalización debido a ese accidente cubierto. Si una persona cubierta vuelve a ser hospitalizada dentro de un plazo de treinta (30) días por la misma enfermedad cubierta o el mismo accidente cubierto, entonces el último período se considerará una continuación del período anterior de hospitalización. Si el inicio de una nueva hospitalización por la misma enfermedad o el mismo accidente cubiertos ocurre más de treinta (30) días después, trataremos la última hospitalización como un nuevo período de hospitalización.

TELEMEDICINA: hace referencia a los servicios clínicos de atención médica supervisados por un médico mediante una comunicación audiovisual interactiva. La telemedicina no incluye la prestación de servicios clínicos de atención médica a través de una transmisión solo de audio por teléfono, mensaje de correo electrónico ni fax.

Este documento no es un contrato de seguro, y todos los derechos y las obligaciones en virtud de esta póliza se encuentran sujetos a los términos y las condiciones de la póliza misma. Los montos de beneficio en virtud de cualquier cláusula o póliza emitida se basarán en los montos de beneficio impresos en cualquier póliza que se solicite y emita.

Los beneficios en virtud de esta póliza pueden cambiar para cumplir con leyes impositivas federales y estatales. Consulte con su agente de Washington National o con sus asesores impositivos y legales para obtener una explicación de sus beneficios.

¹ En Kentucky, "entre otras..." no se aplica.

² En Oklahoma, "saltar o caer" no se aplica.

³ En Oklahoma, las actividades peligrosas no se aplican.

⁴ En Georgia, el término actos ilícitos hace referencia a participar o intentar participar en un delito grave o trabajo ilegal.

⁵ En Oklahoma, "o bajo tales efectos que sus capacidades físicas o mentales están gravemente incapacitadas, o estar bajo la influencia de cualquier droga ilegal" no se aplica.

⁶ En South Carolina, no se aplica.

⁷ En Florida, estar legalmente intoxicado según lo definen los límites legales de la jurisdicción donde ocurrió la pérdida.

⁸ En Kentucky, "o bajo tales efectos que sus capacidades físicas o mentales están gravemente incapacitadas" no se aplica.

⁹ En Florida, un embarazo normal que comienza en la fecha de vigencia de la cobertura o después.

¹⁰ En Oklahoma, no se aplica.

¹¹ En Oklahoma, "adicción a fármacos" no se aplica.

¹² En Oklahoma, guerra o acto de guerra (declarada o no) mientras presta servicios en las fuerzas armadas o en una unidad auxiliar de las fuerzas armadas, o trabaja en un área de guerra, ya sea de manera voluntaria o a solicitud de un empleador. Cuando lo solicite, le devolveremos el pago de primas prorrateado por cualquier período durante el cual no tenga cobertura en virtud de esta póliza por encontrarse prestando dichos servicios.

¹³ En Florida, los actos de terrorismo se excluyen de la definición de guerra.

¹⁴ En Wyoming, "causar que una persona cubierta".

¹⁵ En Wyoming, este período se reduce a seis (6) meses.

¹⁶ En District of Columbia, "una persona prudente" no se aplica.

Serie del formulario de póliza (puede variar según el estado): WNIC2073

Serie del formulario de cláusula (puede variar según el estado): R2074, R2075, R2076

Washington National Insurance Company

Oficina central: 11825 N. Pennsylvania Street, Carmel, IN 46032

WashingtonNational.com

