Washington National®



Active Care®

Seguro contra enfermedades graves

NIVEL 1 Y 2

AC3-BR-12-ROP-SP

Vale la pena *estar preparado.*



Si le diagnostican un cáncer, sufre un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, lo último de lo que querrá preocuparse es de su economía. ***Active Care® de Washington National*** *lo ayuda a tener tranquilidad para que pueda concentrarse en lo que más importa: su recuperación.*

¿CUÁLES SON LAS PROBABILIDADES?

1 cada 3 estadounidenses desarrolla un cáncer a lo largo de su vida.[1]

En Estados Unidos, una persona sufre un ataque cardíaco cada **40 segundos**.[2]

Cada año, más de **795 000 estadounidenses** sufren un accidente cerebrovascular.[3]

IMPACTO FINANCIERO

Gracias a los avances médicos, más personas sobreviven a enfermedades graves. No obstante, muchos pacientes se enfrentan a gastos imprevistos que no están cubiertos por su seguro médico principal.

- La recuperación de un ataque cardíaco toma de dos semanas a tres meses, durante los cuales es posible que no pueda trabajar.[4]
- Los pacientes con cáncer y los cuidadores gastan hasta $2,600 por mes en gastos de bolsillo.[5]
- El 51 % de los pacientes con cáncer y sobrevivientes tienen deudas médicas por su tratamiento relacionado con el cáncer.[6]

¿POR QUÉ ACTIVE CARE?

» Cualquier persona puede padecer enfermedades graves, como cáncer o un ataque cardíaco, en cualquier momento.

» Incluso con un seguro médico principal, la mayoría de los deducibles y algunos tratamientos y procedimientos no se cubren.

» Puede usar sus beneficios en efectivo para cualquier propósito, como por ejemplo:

- Gastos de bolsillo
- Deducibles
- Coseguros
- Gastos diarios
- Costos no médicos

Washington National
le ofrece una serie de garantías.

- Sus beneficios se ***pagan directamente a usted*** o a quien elija.
- Sus beneficios se ***pagan independientemente de cualquier otro seguro*** que tenga.
- Sus primas ***no aumentan*** a causa de la edad.
- Su póliza tiene renovación ***garantizada de por vida***[7].
- Usted ***no puede ser elegido para un aumento de tarifa***. Sus tarifas pueden ajustarse solo si cambiamos las tarifas en todas las pólizas de este tipo en su estado.
- ***Su póliza es portátil***, lo que significa que puede conservar su cobertura incluso si cambia de trabajo, se muda a un estado diferente o se jubila.

[1]*American Cancer Society, Lifetime Risk of Developing or Dying from Cancer, https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/understanding-cancer-risk/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer.html, enero de 2023.*

[2]*Centers for Disease Control and Prevention, Heart Disease Facts, https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm, mayo de 2023.*

[3]*Centers for Disease Control and Prevention, Stroke Facts, https://www.cdc.gov/stroke/facts.htm, mayo de 2023.*

[4]*Cleveland Clinic, Heart Attack Recovery and Rehabilitation, https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17055-heart-attack-recovery--cardiac-rehabilitation, octubre de 2022.*

[5]*U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health, The Out-of-Pocket Cost Burden of Cancer Care—A Systematic Literature Review, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8025828/pdf/curroncol-28-00117.pdf, abril de 2021, p. 1216.*

[6]*American Cancer Society Cancer Action Network, Survivor Views: Cancer & Medical Debt, https://www.fightcancer.org/policy-resources/survivor-views-cancer-medical-debt, marzo de 2022.*

[7]*Siempre y cuando sus primas se paguen antes de la fecha de vencimiento.*

Elija el plan adecuado para usted

Active Care lo ayuda a protegerse de los costos que su seguro actual podría no cubrir. Y, al haber varias opciones de cobertura, elige lo que es adecuado para usted. Para seleccionar su cobertura, hágase estas tres preguntas:

1. *¿Quién necesita cobertura?*

- Individuo
- Individuo más hijo(s)
- Individuo más cónyuge
- Familia

2. *¿Cuánta cobertura?**

- $5,000
- $10,000
- $20,000
- $30,000
- $40,000
- $50,000
- $60,000
- $70,000
- $80,000
- $90,000
- $100,000

3. *¿Qué cobertura por enfermedad grave necesita?*

- Cáncer solamente
- Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular solamente
- Cáncer, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular

**Para los niños, la cobertura será del 50 % del monto seleccionado.*

COBERTURA SOLO POR CÁNCER, SI SE SELECCIONA:

	Enfermedad grave especificada	Porcentaje del monto del beneficio de la suma global
Beneficio de suma global para Cáncer	**Cáncer**	**100 %**
	Carcinoma in situ	**25 %** limitado a un pago
	Suma global de diagnóstico posterior	**0 % al 100 %** según la cantidad de meses desde el diagnóstico anterior. Es posible que reciba nuevamente un pago de suma global (no se aplica al cáncer de piel ni al carcinoma in situ)
	Cáncer de piel	Pago único de **$300** al momento del diagnóstico de cáncer de piel (melanoma y no melanoma). No reduce el monto del beneficio de suma global.
	Atención anual para el cáncer	**$75** a partir del primer aniversario después del pago del beneficio de suma global por cáncer y es pagadero por hasta 5 años consecutivos

COBERTURA POR ATAQUE CARDÍACO Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES, SI SE SELECCIONA:

	Enfermedad grave especificada	Porcentaje del monto del beneficio de la suma global
Beneficio de suma global por ataque cardíaco y accidente cerebrovascular	**Ataque cardíaco**	**100 %**
	Accidente cerebrovascular	**100 %**
	Cirugía de derivación aortocoronaria	**50 %***
	Angioplastia	**25 %***
	Endoprótesis vascular	**25 %***
	Accidente isquémico transitorio (AIT)	**25 %***
	Suma global de diagnóstico posterior	**0 % al 100 %** según la cantidad de meses desde el diagnóstico anterior. Es posible que reciba un pago de suma global nuevamente (no se aplica a la derivación aortocoronaria, la angioplastia, la endoprótesis vascular o el AIT)
	Atención anual por ataque cardíaco/accidente cerebrovascular	**$75** a partir del primer aniversario después del pago del beneficio de suma global por ataque cardíaco y accidente cerebrovascular y es pagadero por hasta 5 años consecutivos

También puede tener a su disposición una combinación de cobertura para el cáncer, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. Si los adquiere, los beneficios incluirán los beneficios por cáncer, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular descritos anteriormente. Se aplicarán los mismos límites y exclusiones.

Si compra varias pólizas, la facturación puede ser independiente.

**Limitado a un pago.*

El monto total del beneficio pagadero bajo el anexo de beneficio de suma global por póliza no excederá el monto de cobertura seleccionado, por persona cubierta. En circunstancias en las que se paga una parte del beneficio de suma global (según la cobertura seleccionada) por afecciones como carcinoma in situ, cirugía de derivación aortocoronaria, angioplastia, endoprótesis vasculares o ataque isquémico transitorio (TIA), el beneficio total de suma global se reduce por el monto pagado.

Comprender el beneficio de suma global de diagnóstico posterior

Si el cáncer reaparece o tiene un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular después de su primer diagnóstico, puede recibir un beneficio de suma global de diagnóstico posterior.

Cómo funciona: Un año después de que no haya recibido o requerido tratamiento para un diagnóstico de enfermedad grave específica, este beneficio comienza a crecer en incrementos de 20 % cada año después del primer año, hasta un máximo de 100 % después de cinco años. Según la cantidad de meses inmediatamente anteriores al diagnóstico posterior, recibirá un porcentaje del monto del beneficio de suma global.

POR EJEMPLO, al adquirir una cobertura contra el cáncer o el ataque cardíaco y accidente cerebrovascular, los porcentajes de beneficios y los períodos de tiempo aplicables son los siguientes:

Enfermedad grave especificada	Cantidad de meses después del diagnóstico inmediatamente anterior	Porcentaje del monto del beneficio de suma global
Beneficios por cáncer/ ataque cardíaco y accidente cerebrovascular	13 – 24	20 %
	25 – 36	40 %
	37 – 48	60 %
	49 – 60	80 %
	61 o más	100 %

El cuadro anterior también se aplica a la combinación de cobertura por enfermedad grave especificada, si la adquiere. Para recibir este beneficio, el diagnóstico inicial y posterior de una enfermedad grave cubierta debe ocurrir mientras la póliza esté vigente.

Alrededor de **1 cada 6 personas** con diagnóstico de cáncer ha tenido otro tipo de cáncer en el pasado.[1]

Uno cada 4 sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares tendrá otro accidente cerebrovascular.[2]

Una cada 5 personas que han tenido un ataque cardíaco será hospitalizada nuevamente por otro ataque cardíaco en un plazo de cinco años.[3]

[1]*Cancer.Net, What is Second Cancer?, https://www.cancer.net/survivorship/what-second-cancer, julio de 2021.*

[2]*American Stroke Association, Preventing Another Stroke, https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/preventing-another-stroke, 2023.*

[3]*Hackensack Meridian Health, What Are Your Chances of Having a Second Heart Attack?, hackensackmeridianhealth.org/en/healthu/2020/11/11/what-are-your-chances-of-having-a-second-heart-attack, noviembre de 2020.*

Cláusulas opcionales que pueden estar disponibles para usted

Cláusula adicional de exámenes de bienestar: Esta cláusula opcional paga un beneficio de **$50** por una de las 22 pruebas de detección o procedimientos cubiertos, administrados por un profesional médico después del período de espera de la cláusula. Este beneficio se limita a **uno por año calendario,** por persona cubierta. Se paga por pruebas específicas, como mamografías, colonoscopias y radiografías de tórax; consulte a continuación la lista de todos los exámenes de detección cubiertos.

- Mamografía
- Ultrasonido mamario
- Prueba de Papanicolaou (laboratorio y procedimiento)
- Base líquida
- Antígeno del cáncer 125 (CA-125)
- Sigmoidoscopia flexible
- Radiografía de tórax
- Termografía
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o cinta
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma
- Ecografía doppler de la carótida
- Prueba de glucosa en sangre en ayunas
- Análisis de sangre de triglicéridos
- Prueba de colesterol en suero
- Lipidograma
- Colonoscopia
- Colonoscopia virtual
- Muestras de heces para detectar la presencia de hemoglobina
- Antígeno carcinoembrionario (Carcino-embryonic antigen, CEA)
- Prueba del antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA)
- Biopsia



Cláusula de beneficios por cáncer: Esta cláusula opcional proporcionará beneficios adicionales después de un diagnóstico de cáncer (excepto el cáncer de piel), donde los servicios específicos son para el tratamiento del cáncer. Es posible que haya dos niveles de cobertura disponibles para usted.

Beneficio	Nivel 1	Nivel 2	Información
Hospitalización/unidad de observación	**$150** por día	**$250** por día	Paga un beneficio por día cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido al cáncer. Se limita a 365 días por período de hospitalización.
Hospitalización en unidad de cuidados intensivos	**$150** por día	**$250** por día	Paga hasta 365 días por hospitalización y es adicional al beneficio de hospitalización/unidad de observación.
Beneficio de medicamentos hospitalarios[1]	**$20** por día	**$30** por día	Paga un beneficio por cada día que se administran medicamentos cuando la persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido al cáncer. Los medicamentos para la quimioterapia, inmunoterapia, terapia hormonal o terapia dirigida no son pagaderos en virtud de este beneficio.
Beneficio de médico responsable del hospital[1]	**$20** por día	**$30** por día	Paga un beneficio por día de servicios del médico responsable cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a cáncer.
Cirugía	Máximo de **$2,500**	Máximo de **$5,000**	El monto pagadero varía según el procedimiento de acuerdo con el programa de beneficios para una cantidad ilimitada de operaciones separadas realizadas para el tratamiento del cáncer. Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico al mismo tiempo a través de la misma incisión, se pagará el procedimiento con el monto de beneficio mayor.
Anestesia	**25 %** del monto pagado por la cirugía	**25 %** del monto pagado por la cirugía	El monto pagadero es igual al 25 % del beneficio del procedimiento quirúrgico, dependiendo del tipo de cirugía contra el cáncer. Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico a la vez, se pagará el procedimiento con el monto de beneficio mayor.
Cirugía: 2.° y 3.° opinión	**$175** por opinión	**$250** por opinión	Pagadero por una segunda opinión de otro médico antes de que la persona cubierta decida someterse a una cirugía. Si la segunda opinión no confirma la necesidad de la cirugía recomendada, este beneficio es pagadero por la opinión de un tercer médico. Los médicos no pueden estar afiliados entre sí y los beneficios no son pagaderos para cáncer de piel.
Sangre y plasma	**$40** por día	**$60** por día	Pagadero una vez al día por sangre completa, plasma, glóbulos rojos, células empaquetadas o plaquetas debido al cáncer.
Tratamiento contra el cáncer administrado por un centro médico	**$100** por día (Limitado a un máximo por año calendario de $5,000)	**$200** por día (Limitado a un máximo por año calendario de $10,000)	Pagadero por un tratamiento administrado por día cuando un médico le receta radiación o quimioterapia como parte del tratamiento definitivo contra el cáncer. El tratamiento debe ser administrado por un profesional médico en un centro médico. Los medicamentos para la inmunoterapia, terapia hormonal o terapia dirigida no son pagaderos en virtud de este beneficio.
Beneficio de inmunoterapia, terapia hormonal y terapia dirigida	**$100** por mes (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	**$200** por mes (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	Pagadero por mes cuando un médico receta inmunoterapia, terapia hormonal o terapia dirigida debido a un diagnóstico de cáncer, y la persona cubierta incurre en un cargo. Los medicamentos para quimioterapia no son pagaderos en virtud de este beneficio.
Tratamiento del cáncer en instalaciones no médicas	**$100** por mes (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	**$200** por mes (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	Pagadero mensualmente cuando un médico receta quimioterapia como parte del tratamiento definitivo contra el cáncer y se incurre en un cargo durante ese mes. El tratamiento debe administrarse en un lugar que no sea un centro médico. Los medicamentos para la inmunoterapia, terapia hormonal o terapia dirigida no son pagaderos en virtud de este beneficio.
Medicamentos para la mejora de la calidad de vida para pacientes ambulatorios	**$50** por día (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	**$75** por día (Paga hasta un máximo de por vida de 36 meses calendario)	Pagadero por mes cuando un médico receta medicamentos contra las náuseas o analgésicos mientras la persona cubierta reciba radioterapia o quimioterapia para el tratamiento del cáncer.
Peluca/tupé	**$150**	**$250**	Pagadero por una peluca o tupé cuando sea necesario debido a un tratamiento contra el cáncer. Pagadero una vez, por persona cubierta.

[1] *Pagadero por la misma cantidad de días que el beneficio de hospitalización/sala de observación.*

Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

CLÁUSULA DE BENEFICIO PARA CÁNCER (CONTINUACIÓN):

Beneficio	Nivel 1	Nivel 2	Información
Transporte	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,000 por viaje de ida y vuelta	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,250 por viaje de ida y vuelta	Pagadero por una cantidad ilimitada de viajes de ida y vuelta si una persona cubierta viaja más de 75 millas de ida desde la residencia principal de la persona cubierta para recibir tratamientos cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios. El viaje debe realizarse dentro del territorio continental de los EE. UU.
Transporte de familiares	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,000 por viaje de ida y vuelta	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,250 por viaje de ida y vuelta	Pagadero para que un familiar viaje un número ilimitado de viajes de ida y vuelta en avión, tren o autobús hacia y desde la ciudad donde la persona cubierta recibe tratamientos cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios dentro de los EE. UU. continentales. El hospital debe encontrarse a más de 75 millas (viaje de ida) desde la residencia principal del familiar. Los familiares cubiertos incluyen al cónyuge, los padres, hermanos, hermanas o hijos de la persona cubierta.
Alojamiento para el familiar	**$40** por día	**$60** por día	Pagadero por día para un familiar cuando la persona cubierta es ingresada en una unidad de observación o internada como paciente hospitalizado en un hospital y está recibiendo tratamientos cubiertos dentro de los EE. UU. continentales. El hospital debe estar a más de 75 millas (viaje de ida) de la casa del familiar y de la persona cubierta. Por cada período de hospitalización, los beneficios se pagan por una habitación durante un máximo de 60 días, mientras que el beneficio de internación hospitalaria/habitación de observación es pagadero. Los familiares cubiertos incluyen al cónyuge, los padres, hermanos, hermanas o hijos de la persona cubierta que recibe el tratamiento.
Centro de enfermería especializada	**$50** por día	**$75** por día	Pagadero si una persona cubierta es hospitalizada por orden médica en un centro de enfermería especializada o cuidado extendido dentro de los 14 días posteriores a una hospitalización cubierta. Este beneficio es pagadero durante la cantidad de días en que una persona cubierta reciba el beneficio de hospitalización/sala de observación.
Ambulancia	**$150**/viaje de ida	**$200**/viaje de ida	Pagadero por viaje hacia o desde un hospital donde usted esté internado como paciente hospitalizado debido a un cáncer. Este beneficio se limita a dos viajes de ida o vuelta por cada periodo de hospitalización. El beneficio es pagadero por ambulancia terrestre o aérea.
Prótesis	**$1,000**/dispositivo	**$1,000**/dispositivo	Pagadero por dispositivo protésico implantado quirúrgicamente debido al cáncer, para el cual se reciben beneficios de cirugía, por persona cubierta. Pagadero una vez por persona cubierta por dispositivos implantados quirúrgicamente.
Prótesis no quirúrgica	**$100**/máximo de por vida	**$200**/máximo de por vida	Pagadero por dispositivo protésico implantado no quirúrgicamente debido al cáncer, para el cual se reciben beneficios de cirugía, por persona cubierta. Los dispositivos implantados no quirúrgicamente incluyen laringes artificiales, prótesis de mama removibles y bolsas de ostomía. Pagadero una vez por persona cubierta por dispositivos implantados no quirúrgicamente.
Centro de cuidados paliativos	**$50** por día ($10,000, máximo de por vida por persona cubierta)	**$60** por día ($10,000, máximo de por vida por persona cubierta)	Pagadero por la atención brindada por o a través de un centro de cuidados paliativos autorizado como resultado directo del cáncer cuando a una persona cubierta se le diagnostica una enfermedad terminal, ya no está recibiendo tratamiento y se espera que viva seis meses o menos. Los beneficios son pagaderos por la atención de un centro de cuidados paliativos en el hogar, ambulatorios u hospitalizados.
Trasplante de médula ósea	**$2,500**	**$5,000**	Pagadero una vez por persona cubierta para un trasplante de médula ósea humana debido al cáncer.
Trasplante de células madre	**$1,000**	**$1,500**	Pagadero una vez por persona cubierta para un trasplante de células madre humanas debido al cáncer.
Diagnóstico médico por imágenes	**$200**	**$200**	Pagadero por una prueba diagnóstica, un examen exploratorio o un examen médico de diagnóstico por imágenes solicitados por un médico debido al cáncer por persona cubierta, por año calendario. Los beneficios por la misma prueba diagnóstica, un examen exploratorio o un examen de diagnóstico por imágenes médicas no serán pagaderos en virtud de más de una disposición de la póliza o cualquier cláusula adicional.

Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

Cláusula de ataque cardíaco/accidente cerebrovascular: Esta cláusula opcional proporcionará beneficios adicionales después de un diagnóstico de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o enfermedad cardíaca, donde los servicios específicos son para el tratamiento de esas afecciones. Es posible que haya dos niveles de cobertura disponibles para usted.

Beneficio	Nivel 1	Nivel 2	Información
Hospitalización/unidad de observación	**$150** por día	**$250** por día	Paga un beneficio por día cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca. Se limita a 365 días por período de hospitalización.
Hospitalización en unidad de cuidados intensivos	**$150** por día	**$250** por día	Paga hasta 365 días por hospitalización mientras recibe tratamiento debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca y es adicional al beneficio de hospitalización/habitación de observación.
Beneficio de medicamentos hospitalarios[1]	**$20** por día	**$30** por día	Paga un beneficio por cada día que se administran medicamentos cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca.
Beneficio de médico responsable del hospital[1]	**$20** por día	**$30** por día	Paga un beneficio por día de servicios del médico responsable cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca.
Oxígeno	**$100** por hospitalización	**$150** por hospitalización	Paga una vez por período de hospitalización cuando un médico receta oxígeno mientras una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca.
Cirugía	Máximo de **$2,500**	Máximo de **$5,000**	El monto pagadero varía de acuerdo con el procedimiento, según el cronograma del beneficio para una cantidad ilimitada de operaciones separadas para el tratamiento de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o enfermedad cardíaca. 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.
Anestesia	**25 %** del monto pagado por la cirugía	**25 %** del monto pagado por la cirugía	El monto pagadero es igual al 25 % del beneficio del procedimiento quirúrgico, dependiendo del tipo de cirugía por ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o enfermedad cardíaca. Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico a la vez, se pagará el procedimiento con el monto de beneficio mayor.
Cirugía: 2.° y 3.° opinión	**$175** por opinión	**$250** por opinión	Pagadero por una segunda opinión de otro médico antes de que la persona cubierta decida someterse a una cirugía. Si la segunda opinión no confirma la necesidad de la cirugía recomendada, este beneficio es pagadero por la opinión de un tercer médico. Los médicos no pueden estar afiliados entre sí.
Sangre y plasma	**$40** por día	**$60** por día	Pagadero una vez al día por sangre completa, plasma, glóbulos rojos, células empaquetadas o plaquetas debido a ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o enfermedad cardíaca.
Transporte	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,000 por viaje de ida y vuelta	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,250 por viaje de ida y vuelta	Pagadero por una cantidad ilimitada de viajes de ida y vuelta si una persona cubierta viaja más de 75 millas de ida desde la residencia principal de la persona cubierta para recibir tratamientos cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios. El viaje debe realizarse dentro del territorio continental de los EE. UU.
Transporte de familiares	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,000 por viaje de ida y vuelta	**.40 centavos** por milla hasta un máximo de $1,250 por viaje de ida y vuelta	Pagadero para que un familiar viaje un número ilimitado de viajes de ida y vuelta en avión, tren o autobús hacia y desde la ciudad donde la persona cubierta recibe tratamientos cubiertos para pacientes hospitalizados o ambulatorios dentro de los EE. UU. continentales. El hospital debe encontrarse a más de 75 millas (viaje de ida) desde la residencia principal del familiar. Los familiares cubiertos incluyen al cónyuge, los padres, hermanos, hermanas o hijos de la persona cubierta.

[1]*Pagadero por la misma cantidad de días que el beneficio de hospitalización/sala de observación.*

Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

CLÁUSULA DE ATAQUE CARDÍACO/ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (CONTINUACIÓN):

Beneficio	Nivel 1	Nivel 2	Información
Alojamiento para el familiar	**$40** por día	**$60** por día	Pagadero por día para un familiar cuando la persona cubierta es ingresada en una unidad de observación o internada como paciente hospitalizado en un hospital y está recibiendo tratamientos cubiertos dentro de los EE. UU. continentales. El hospital debe estar a más de 75 millas (viaje de ida) de la casa del familiar y de la persona cubierta. Por cada período de hospitalización, los beneficios se pagan por una habitación durante un máximo de 60 días, mientras que el beneficio de internación hospitalaria/habitación de observación es pagadero. Los familiares cubiertos incluyen al cónyuge, los padres, hermanos, hermanas o hijos de la persona cubierta que recibe el tratamiento.
Centro de enfermería especializada	**$50** por día	**$75** por día	Pagadero si usted es internado por orden médica en un centro de enfermería especializada o cuidado extendido dentro de los 14 días posteriores a una hospitalización cubierta. Este beneficio es pagadero durante la cantidad de días en que usted recibió el beneficio de hospitalización/sala de observación.
Ambulancia	**$150**/viaje de ida	**$200**/viaje de ida	Pagadero por viaje hacia o desde un hospital donde usted esté internado como paciente hospitalizado debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca. Este beneficio se limita a dos viajes de ida o vuelta por cada periodo de hospitalización. El beneficio es pagadero por ambulancia terrestre o aérea.
Diagnóstico médico por imágenes	**$200**	**$200**	Pagadero por una prueba diagnóstica, un examen exploratorio o un examen médico de diagnóstico por imágenes solicitados por un médico debido a un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o una enfermedad cardíaca por persona cubierta, por año calendario. Los beneficios por la misma prueba diagnóstica, un examen exploratorio o un examen de diagnóstico por imágenes médicas no serán pagaderos en virtud de más de una disposición de la póliza o cualquier cláusula adicional.
Trasplante de corazón	**$50,000**	**$75,000**	Paga una vez por persona cubierta cuando, debido a una enfermedad cardíaca o un ataque cardíaco, una persona cubierta recibe un corazón humano.



Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

Cláusula de afecciones graves: El beneficio de suma global de la cláusula opcional se paga por el primer diagnóstico en virtud de la cláusula de afecciones graves especificadas cubiertas por la cláusula, que se enumeran a continuación. El porcentaje del beneficio de suma global pagadero al momento del diagnóstico también se muestra a continuación. Si se paga un beneficio de suma global al 100 %, no habrá otro beneficio de suma global disponible en virtud de la cláusula. Si un beneficio es pagadero a menos del 100 %, cualquier beneficio futuro de la cláusula por cualquier otra enfermedad enumerada se reduce en consecuencia.

Los montos del beneficio de suma global disponibles son los siguientes*:

▸$5,000 ▸$10,000 ▸$20,000 ▸$30,000 ▸$40,000 ▸$50,000 ▸$60,000 ▸$70,000 ▸$80,000 ▸$90,000 ▸$100,000

Enfermedades graves especificadas	% de beneficio de suma global
Ceguera permanente	**100 %**
Cirugía de trasplante de órgano principal Lista de trasplante de órgano principal: riñón, hígado, pulmón, médula ósea	**100 %**
Coma (después de estar en coma durante 14 días; no cubre comas inducidos médicamente)	**100 %**
Parálisis permanente (pérdida permanente de al menos dos extremidades)	**100 %**
Insuficiencia renal en etapa terminal	**100 %**
Enfermedad de Alzheimer	**75 %**
Lista de trasplante de órgano principal Lista de trasplante de órgano principal: riñón, hígado, pulmón, médula ósea	**50 %**
Amputación por diabetes por encima del tobillo	**50 %**
Sordera permanente	**25 %**
Esclerosis múltiple	**25 %**
Enfermedad de Parkinson	**25 %**
Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	**25 %**
Hospitalización/unidad de observación Paga un beneficio por día cuando una persona cubierta es **1)** ingresada en una unidad de observación o **2)** internada como paciente hospitalizado en un hospital debido a una enfermedad grave específica. Se limita a 30 días por período de hospitalización.	**$150** por día

**Para los niños, la cobertura será del 50 % del monto seleccionado.*

El monto total del beneficio pagadero en virtud de la cláusula no excederá el monto de cobertura seleccionado y emitido, por persona cubierta.

Ninguna enfermedad crítica especificada cubierta es pagadera más de una vez. Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

Cláusula adicional de unidad de cuidados intensivos: Hay dos niveles de beneficios disponibles para ayudarlo con los costos de bolsillo debido a la hospitalización por un accidente o una enfermedad cubiertos. Todos los beneficios en virtud de la cláusula adicional se reducen en un 50 % para una persona cubierta a los 75 años.

Beneficio	Nivel 1	Nivel 2
Hospitalización en unidad de cuidados intensivos* Se paga un beneficio para cada día que una persona cubierta esté hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos.		
Titular de la póliza, cónyuge	**$500** por día	**$750** por día
Niños de 13 meses en adelante:	**$750** por día	**$1,125** por día
Bebé (12 meses o menos)	**$150** por día	**$225** por día
Hospitalización en unidad de cuidados intensivos subagudos* Se paga un beneficio para cada día que una persona cubierta esté hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos subagudos		
Titular de la póliza, cónyuge	**$200** por día	**$300** por día
Niños de 13 meses en adelante:	**$300** por día	**$450** por día
Bebé (12 meses o menos)	**$60** por día	**$90** por día
Beneficios adicionales (montos de beneficios aplicables a todas las personas cubiertas):		
Ambulancia Paga cuando una persona cubierta es transportada hacia o desde un hospital donde la persona cubierta está internada en una unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intensivos subagudos. Se limita a dos por período de hospitalización.	**$150**/viaje de ida	**$150**/viaje de ida
Sangre y plasma Paga por día por cada día que se reciban mientras una persona cubierta está hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intensivos subagudos.	**$25** por día	**$50** por día

**El beneficio de unidad de cuidados intensivos y el beneficio de unidad de cuidados intensivos subagudos combinados: máximo combinado de treinta (30) días por período de confinación.*

Se aplica un costo adicional por las cláusulas opcionales. Las primas se basan en el monto de cobertura seleccionado.

Beneficios cuando los necesita, ¡devolución de dinero cuando no los necesita!

Cláusula adicional de devolución de primas: Elija un beneficio que pueda devolverle sus primas. Con la cláusula opcional de devolución de primas, puede recibir la devolución del dinero de las primas pagadas, menos las reclamaciones incurridas, cada 20 años (o en la fecha de aniversario de la cláusula adicional después de que cumpla 75 años, si eso sucede antes).

Lo único que debe hacer es mantener su póliza y esta cláusula adicional vigentes hasta su vencimiento. Cuando se devuelva el dinero, puede continuar con su protección... y volver a cobrar.

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN TRES EJEMPLOS DE LA POSIBLE DEVOLUCIÓN DE SUS PRIMAS[1]:

	Sin reclamación	Reclamación menor	Reclamación mayor
Total de primas pagadas	$9,600	$9,600	$9,600
Reclamaciones incurridas	– 0	– 2,000	– 20,000
Monto a devolver	$9,600	$7,600	$0

Si tiene 66 años o más cuando comienza el período de devolución de primas, y usted ha mantenido vigentes su póliza y la cláusula adicional, recibe la mitad de las primas pagadas, menos las reclamaciones incurridas, al final de cada período de 10 años.

[1]*Este es un ejemplo que solo pretende demostrar cómo funciona la cláusula opcional en caso de la cobertura continua hasta el vencimiento con las suposiciones que se indican. No se realizan declaraciones ni garantías sobre primas futuras o primas devueltas.*

Se aplica un costo adicional por esta cláusula adicional opcional. Esta cláusula está disponible hasta los 75 años y se basa en la edad del titular de la póliza al momento de la emisión. Esta cláusula adicional no se encuentra disponible con pólizas adquiridas como parte de su plan del Artículo 125.

DEFINICIONES:

Cáncer significa una enfermedad que se manifiesta por la presencia de una neoplasia maligna caracterizada por el crecimiento y la diseminación incontrolada y anormal de células malignas que invaden cualquier parte del cuerpo y que no están específicamente excluidas. El cáncer no es un carcinoma in situ; cáncer de células basales, células escamosas o cualquier cáncer de piel que no sea melanoma; cáncer de piel melanoma; afecciones precancerosas o premalignas; afecciones con potencial maligno; ni afecciones preleucémicas.

Carcinoma in-situ significa la forma más temprana de cáncer que afecta solo al tejido donde se encuentra y no ha invadido el tejido circundante ni los órganos del cuerpo.

Melanoma significa un tipo de cáncer de piel que se desarrolla en los melanocitos.

No melanoma significa un tipo de cáncer de piel distinto del melanoma que, por lo general, aunque no siempre, se desarrolla en las células basales o escamosas.

Cáncer de piel significa el cáncer de piel melanoma y no melanoma.

Ataque cardíaco (infarto de miocardio) significa un infarto de miocardio que ocurre cuando el flujo de sangre al corazón se reduce gravemente, en general debido a obstrucción en una o más arterias coronarias, o a un desequilibrio de oxígeno, que causa daños al músculo cardíaco (miocardio). Ataque cardíaco no es 1) un ataque cardíaco establecido (antiguo); 2) angina; 3) cardiopatía aterosclerótica; 4) paro cardíaco (incluidas arritmias); 5) insuficiencia cardíaca congestiva; 6) enfermedad arterial coronaria ni 7) cualquier otra enfermedad, lesión o disfunción del sistema cardiovascular que no cumpla con la definición de “ataque cardíaco”.

Accidente cerebrovascular significa un derrame cerebral que causa deterioro neurológico. Accidente cerebrovascular significa una interferencia súbita e inesperada en la función cerebral que es causada por el flujo insuficiente de sangre a una parte del cerebro o por una ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. Accidente cerebrovascular no es: 1) una lesión en la cabeza, una lesión cerebral relacionada con traumatismo o una infección; 2) una lesión cerebral asociada con hipoxia, anoxia o hipotensión; 3) una enfermedad vascular que afecta el ojo o el nervio óptico; 4) trastornos isquémicos del sistema vestibular; 5) un ataque isquémico transitorio ni 6) insuficiencia cerebrovascular crónica.

Enfermedad cardíaca significa una afección patológica del corazón, las arterias coronarias o el pericardio. “Enfermedad cardíaca” no significa presión arterial anormal ni ninguna enfermedad o trastorno de ningún vaso sanguíneo que no sean las arterias coronarias.

Un hospital no es una cama, una unidad ni un centro que funciona como centro de enfermería especializada, 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.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES COMUNES A LA PÓLIZA Y LAS CLÁUSULAS ADICIONALES

PÓLIZA CON BENEFICIOS LIMITADOS. No pagaremos beneficios por pérdidas provocadas por, resultantes de o a las que se ha contribuido mediante alguno de los siguientes factores: 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. "Afección preexistente" hace referencia a la existencia de síntomas que pueden hacer que una persona prudente necesite diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un período de doce (12) meses 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. Una afección preexistente puede existir aunque no se haya hecho aún un diagnóstico[1].

Limitación de período de espera: No se pagan beneficios por ninguna enfermedad grave especificada que sea diagnosticada, tratada o que produzca un síntoma claro u obvio durante el período de espera para la persona cubierta. "Período de espera" significa los primeros treinta (30) días después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la persona cubierta.

Limitación del período de hospitalización: Algunos beneficios también están limitados por un "período de hospitalización". En general, "período de hospitalización" se refiere a un período que comienza el primer día de hospitalización o admisión en una unidad de observación de una persona cubierta y finaliza el último día de hospitalización de una unidad de observación o el día en que se otorga el alta hospitalaria; y si una persona cubierta vuelve a ser hospitalizada o admitida, ya sea en un hospital o en una unidad de observación, dentro de los treinta (30) días posteriores a la hospitalización o admisión anterior, la hospitalización o admisión posterior se considerará una continuación de la hospitalización o admisión anterior. Si esto ocurre, es posible que la hospitalización o admisión anterior y la hospitalización o admisión posterior sucedan durante el mismo período de hospitalización, y que se aplique un período de limitación de hospitalización en los beneficios.

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cláusula adicional de afecciones graves: No pagaremos beneficios por pérdidas provocadas por, resultantes de o a las que se ha contribuido mediante alguno de los siguientes factores: Para que se pague un beneficio por coma, la persona cubierta debe estar en coma durante catorce (14) días consecutivos. No se paga ningún beneficio por un coma inducido médicamente. No se paga ningún beneficio por una insuficiencia renal causada por un evento traumático como, por ejemplo, traumatismos quirúrgicos. No hay beneficios en virtud de la cláusula adicional para un trasplante de corazón. No se paga ningún beneficio por un trasplante de médula ósea que no sea médula ósea humana. No se paga ningún beneficio por amputaciones por diabetes debajo del tobillo. No se paga por la amputación de uno o más dedos del pie ni por cualquier amputación parcial del pie. No hay beneficios disponibles para un donante de órganos en virtud de la cláusula. No se paga ningún beneficio por padecer cualquier otra enfermedad, afección o incapacidad, ni por recibir un diagnóstico de cualquier otra enfermedad, afección o incapacidad, incluso si la enfermedad o afección fue causada, complicada o agravada por la enfermedad grave especificada.

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cláusula adicional de beneficios por cáncer: No pagaremos beneficios por pérdidas provocadas por, resultantes de o a las que se ha contribuido mediante alguno de los siguientes factores: El padecimiento o diagnóstico de cualquier otra enfermedad, afección o incapacidad, incluso si la enfermedad o afección fue causada, complicada o agravada por la enfermedad grave específica. Tener carcinoma in situ o cáncer de piel, o recibir un diagnóstico de dichas enfermedades.

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cláusula adicional de beneficios por ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares: No pagaremos beneficios por pérdidas provocadas por, resultantes de o a las que se ha contribuido mediante alguno de los siguientes factores: El padecimiento o diagnóstico de cualquier otra enfermedad, afección o incapacidad, incluso si la enfermedad o afección fue causada, complicada o agravada por la enfermedad grave específica. No se cubren los ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares que suceden durante procedimientos médicos o causados por estos.

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cláusula adicional de la unidad de cuidados intensivos del hospital[5]: No pagaremos beneficios por pérdidas causadas, complicadas o agravadas por cualquiera de los siguientes: Actividades peligrosas: La participación en cualquier actividad peligrosa, ya sea como vocación, avocación o recreación, incluidos, entre otros[3,4]: bicicleta cross (BMX), surf de olas grandes, acampar en acantilados, espeleobuceo, volar en ala delta, salto BASE, puentismo, caminar por los bordes, caída libre, escalada libre, moto cross de estilo libre (FMX), highlining, heliesquí o heli-snowboarding, globo aerostático, escalada en hielo, motos cross, paracaídas, planeo a vela, parasailing, parakiting, rodeo, escalada en roca, rápel, balsisismo, vuelo con traje aéreo, wing walking, buceo, montañismo, o actividades similares.[2,3] Actos ilícitos: La participación o el intento de participación en un acto ilegal o trabajo ilegal.[3] Intoxicación: Tener un grado de intoxicación alcohólica aguda en términos jurídicos, o un grado de intoxicación tal (de acuerdo con las leyes de la jurisdicción donde ocurre el accidente que rige el funcionamiento mientras está intoxicado) que las capacidades mentales o físicas están gravemente alteradas. Se determina de manera concluyente que una persona cubierta tiene un grado de intoxicación alcohólica aguda en términos jurídicos si una prueba, incluida, entre otras, una prueba química o de alcoholemia, administrada en la jurisdicción donde ocurrió el accidente se encuentra en el límite legal establecido por esa jurisdicción o por encima de este.[3] Drogas ilegales: Estar bajo la influencia de cualquier droga ilegal[3] Fármacos o drogas: Estar bajo la influencia de cualquier excitante, calmante, alucinógeno, narcótico o cualquier otro fármaco, a menos que dicho fármaco se tome bajo la supervisión de un médico y según sus indicaciones.[3] Inhalación: Inhalación voluntaria de cualquier veneno, gas o humo, o sustancia química. Carreras: Participación en carreras o conducción de un vehículo motorizado aéreo, terrestre o acuático en una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad, o mientras se prueba o practica 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 sustancias: Alcoholismo, abuso de drogas o adicción a fármacos.[3] Suicidio: Cometer suicidio o intentar suicidarse, independientemente de la capacidad mental. Deportes: Participación en cualquier evento deportivo por un pago o premio monetario como participante profesional o semiprofesional. Limitación de períodos de hospitalización en curso: No se pagan beneficios por ningún período de hospitalización que comience antes de las 12:00 del mediodía, hora estándar, en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de una persona cubierta en virtud de la cláusula adicional.

Las siguientes limitaciones y exclusiones se aplican a la cláusula adicional de bienestar: Hay un período de espera de treinta días antes de que los beneficios estén disponibles.

[1]*En Florida, "la atención de seguimiento de rutina para determinar si no tenía cáncer de mama no constituye asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento para los fines de determinar afecciones preexistentes, a menos que se encuentren evidencias de cáncer de mama durante la atención de seguimiento o como consecuencia de esta".*

[2]*No se aplica en Florida.*

[3]*No se aplica en Nevada.*

[4]*En Florida y Kentucky, "Participación en cualquier actividad peligrosa, ya sea como vocación, pasatiempo o recreación, incluidas".*

[5]*En Florida, "Embarazo: No pagaremos beneficios por un embarazo normal. La pérdida debida a complicaciones del embarazo se pagará de la misma forma que cualquier otra afección. La cesárea no se considera una complicación del embarazo".*

Formulario de póliza (puede variar según el estado): WNIC2144
Formularios de la cláusula (pueden variar según el estado): R2145, R2146, R2147, R2148, R2153, R2154

Washington National Insurance Company
Oficina central
Carmel, IN 46032

WashingtonNational.com

© 2023 Washington National
(09/23) 213175
AC3-BR-12-ROP-SP