

Seguro de Enfermedades Especificadas

▶ AYUDA A PROTEGER SUS FINANCIAS DE UNA ENFERMEDAD.

Cuando usted, su cónyuge o su hijo es diagnosticado con una enfermedad cubierta, puede recibir beneficios en efectivo para ayudar a cubrir los costos inesperados que su plan de salud no cubre.

▶ AYUDA A CUBRIR GASTOS RELACIONADOS.

Si bien los planes de salud pueden cubrir los costos directos asociados con una enfermedad especificada, puede utilizar su beneficio para ayudar a cubrir los gastos relacionados, como la pérdida de ingresos, el cuidado de niños, el viaje de ida y vuelta para el tratamiento, deducibles y copagos.

▶ PAGA BENEFICIOS EN EFECTIVO DIRECTAMENTE A USTED.

El seguro de enfermedad especificada se puede usar como desee, y se paga además de cualquier otra cobertura que ya tenga.

Además, todos los miembros de la familia en su plan son elegibles para un beneficio de detección de bienestar, que también se le paga directamente una vez al año por persona cubierta.

Con el seguro de enfermedad especificada, también tiene acceso a los servicios de apoyo a la atención médica. Puede hablar con médicos y expertos en reclamaciones sobre su cobertura médica, beneficios, diagnóstico y opciones de tratamiento.

BENEFICIOS *(Puede comprar esta cobertura a una tarifa grupal).*

Para usted	Puede elegir entre \$10,000 y \$40,000 de cobertura, en incrementos de \$10,000. No se hacen preguntas médicas.
Para su cónyuge	Si elige la cobertura para usted, puede elegir entre \$10,000 y \$40,000 de cobertura, en incrementos de \$10,000. No se hacen preguntas médicas. No debe exceder 100% del monto de su cobertura.
Para su(s) hijo(s)	Si elige la cobertura para usted, puede elegir entre \$5,000 y \$20,000 de cobertura, en incrementos de \$5,000. No se hacen preguntas médicas. No debe exceder 50% del monto de su cobertura. Un hijo elegible se define como un hijo desde su nacimiento hasta los 26 años de edad.

IFS ACQUISITION, LLC

All Eligible Employees

PÓLIZA #: 942665

Sun Life Assurance Company of Canada

1569106 SEQ6 CL1 11/18/2020 14:11:51

Lo que está cubierto

Una vez que su cobertura entre en vigencia, puede presentar una reclamación por condiciones cubiertas que se diagnostiquen después de la fecha de vigencia de su plan de seguro. La lista completa de condiciones se enumera aquí.

CONDICIONES CUBIERTAS – El plan paga el 100% del monto del beneficio inicial a menos que se indique lo contrario.

Condiciones principale	Infarto cardíaco ^R Enfermedad renal en etapa terminal ^R Angioplastia ^R (Paga 5%)	Accidente cerebrovascular ^R Cirugía de revascularización coronaria ^R (Paga 25%) Insuficiencia de un órgano importante ^R
Condiciones de cáncer	Cáncer invasivo ^R Cáncer no invasivo ^R (Paga 25%) Cáncer de piel ^R (Paga 5%)	
Otras condiciones	Ceguera completa Pérdida total de la audición Pérdida del habla Tumor cerebral benigno Coma	Quemaduras severas Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad de Lou Gehrig Enfermedad de Parkinson avanzada (Paga 25%) Enfermedad de Alzheimer avanzada (Paga 25%) Parálisis
Condiciones de la niñez <i>Se aplica solo a hijos dependientes</i>	Síndrome de Down Fibrosis cística Diabetes Mellitus tipo 1 Enfermedad cardíaca congénita compleja	Parálisis cerebral Labio leporino/paladar hendido Distrofia muscular Espina bífida
Beneficio de determinación de bienestar	Se paga a cualquier persona cubierta en su plan una vez cada año, una vez que usted presente un comprobante de una evaluación elegible de salud.	Empleado \$50 Cónyuge \$50 Hijo/a \$50

^R = Beneficio de recurrencia disponible

¿Cuándo necesitaría el beneficio de recurrencia?

Algunas veces las personas son diagnosticadas con la misma condición dos veces. Si esto le ocurre y han pasado 12 meses consecutivos entre el primer y el segundo diagnóstico, le pagaremos un beneficio adicional (cuyo monto se indica en su Certificado). Solo las condiciones marcadas (R) en la tabla anterior son elegibles para el beneficio de recurrencia. Una vez que se haya pagado el beneficio de recurrencia, no se pagará ningún beneficio adicional por esa enfermedad especificada.

Preguntas frecuentes

¿Debo responder alguna pregunta de salud para inscribirme?

Si contribuye al costo de su seguro, es posible que deba completar preguntas de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegir en una fecha posterior, o si desea aumentar la cobertura. Para responder preguntas de salud, complete nuestra solicitud Evidencia de asegurabilidad. Las preguntas de salud deben ser aprobadas por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Qué pasa si tengo una condición preexistente?

Si se le diagnostica una enfermedad especificada cubierta dentro de los 12 meses de entrada en vigencia de su seguro o 12 meses después de cualquier aumento en su monto de seguro, no pagaremos ningún beneficio por ninguna afección preexistente. Una afección preexistente incluye cualquier cosa para la que haya solicitado tratamiento en los 12 meses anteriores a la entrada en vigencia de su seguro. El tratamiento puede incluir consultas, asesoramiento, atención, servicios o una receta para medicamentos o fármacos.

¿Cómo presento una reclamación de enfermedad especificada?

Si recibe un diagnóstico después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, puede presentar una reclamación con nosotros si descarga los formularios de nuestro sitio web. Le pediremos que usted y su médico brinden información sobre su condición médica.

¿Cómo obtengo el beneficio de determinación de bienestar?

Es posible que se le pague el beneficio cuando usted o un miembro de su familia cubierto presente prueba de un examen cubierto cada año, como análisis de sangre específicos y exámenes de detección de cáncer, pruebas de estrés cardíaco, vacunas, exámenes deportivos escolares y más (puede variar según el estado). Nuestro formulario de reclamación también se puede descargar de nuestro sitio web.

¿Puedo recibir beneficios por más de una enfermedad especificada?

Si. Para poder recibir beneficios por más de una enfermedad especificada, debe haber al menos 6 meses consecutivos entre cada fecha de diagnóstico. Solo puede reclamar beneficios una vez por cada afección cubierta a menos que se pague un beneficio por recurrencia.

¿Cómo se grava mi beneficio?

Si usted o su empleador pagan la totalidad o parte del costo de la cobertura antes de impuestos, parte o la totalidad de la cantidad de su beneficio se declarará en impuestos en un Formulario 1099 como ingreso imponible. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con un asesor fiscal o con su empleador.

¿Puedo mantener mi seguro si dejo a mi empleador?

Según las variaciones estatales y el plan de su empleador, es posible que tenga la opción de continuar la cobertura cuando finalice su empleo. Su empleador puede asesorarlo sobre sus opciones.

INFORMACIÓN BREVE SOBRE ENFERMEDADES ESPECIFICADAS

*La mayoría de las víctimas de infarto cardíaco son de mediana edad o mayores; el riesgo de sufrir infarto cardíaco aumenta para los hombres después de los 45 años y para las mujeres después de los 55.***

**“¿Cuáles son sus probabilidades de sufrir un infarto cardíaco?” health.com, junio de 2018.

El seguro de enfermedad especificada es una póliza de beneficios limitados. El certificado tiene exclusiones, limitaciones y períodos de espera de beneficios para ciertas condiciones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Los beneficios pagaderos están sujetos a todos los términos y condiciones del certificado.

Lea la sección *Información importante* para obtener más detalles, incluidas las limitaciones y exclusiones.

Información importante

Las siguientes coberturas no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado "cobertura médica principal"). NO brindan seguro básico de hospital, básico de médico o principal de médico.

Para recibir el seguro, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador. La póliza determinará la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y puede demorarse si no está trabajando de manera activa en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia. Del mismo modo, la cobertura para dependientes, si se ofrece, puede retrasarse si sus dependientes están en el hospital (excepto los recién nacidos) en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

Limitaciones y exclusiones

Las siguientes exclusiones y limitaciones pueden variar según las leyes y regulaciones estatales. Es posible que la lista no esté completa. Consulte su Certificado o solicite detalles a su administrador de beneficios.

Enfermedad especificada

No pagaremos un beneficio que se deba a o resulte de servicios, tratamientos o complicaciones no incluidos en los Puntos destacados de beneficios, proporcionados por un miembro de la familia inmediata, o no relacionado con una enfermedad grave/enfermedad especificada. Estos incluyen un trasplante autólogo de médula ósea, suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente, cirugía plástica o cosmética electiva, servicio militar activo, guerra, cualquier acto de guerra o su servicio activo en cualquier servicio armado durante tiempo de guerra (excluyendo durante actos de terrorismo); su participación activa en una revuelta, rebelión o insurrección; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; participar en una conducta peligrosa o actividad peligrosa donde existe la posibilidad de muerte o lesiones graves; estar encarcelado en una institución penal de cualquier tipo; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que se tome por consejo de un médico y se tome según lo recetado.

Las condiciones cubiertas tienen criterios de diagnóstico específicos que deben cumplirse (junto con la documentación de respaldo) para que se pague un beneficio. Para obtener información adicional sobre las

afecciones cubiertas, solicite un resumen de la cobertura.

Este producto no es apropiado para las personas que son elegibles para la cobertura de Medicaid.

En California, a fin de ser elegible para la cobertura de Enfermedad especificada, el asegurado también debe de estar cubierto por un seguro médico mayor, o, al menos, un seguro básico de hospital y un seguro médico básico. Esta es una política de beneficios limitados.

Información sobre los servicios ofrecidos

Los servicios de valor agregado no son seguros, se ofrecen solo en líneas específicas de cobertura y tienen un cargo por separado, que se agrega al costo del seguro. El costo se incluye en el monto total facturado. HealthChampionSM (un servicio de asistencia médica) no es un seguro y lo proporciona ComPsych[®]. ComPsych[®] es una marca comercial registrada de ComPsych Corporation. Las entidades que brindan los servicios de valor agregado no son subcontratistas de Sun Life y Sun Life no es responsable ni tiene responsabilidad civil por la atención, los servicios o el asesoramiento brindado por ellos. Sun Life se reserva el derecho de suspender cualquiera de los Servicios en cualquier momento.

Esta Descripción es preliminar a la emisión de la Póliza. Consulte su Certificado para conocer más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura de la Póliza. En caso de discrepancia entre esta Descripción, el Certificado y la Póliza, regirán los términos de la Póliza. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

Las compañías de Sun Life incluyen Sun Life and Health Insurance Company (U.S.) y Sun Life Assurance Company of Canada (colectivamente, "Sun Life".)

Las pólizas de seguro de grupo son suscritas por Sun Life Assurance Company of Canada (Wellesley Hills, MA) en todos los estados, excepto en New York, conforme a Policy Form Series 12-GP-01, 15-GP-01, 12-SD-C-01, y 16-SD-C-01.

© 2019 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life y el símbolo del globo son marcas registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

GVBH-EE-8384

SLPC 29579