



Seguro de **indemnización hospitalaria**



Concéntrese en
sus cuidados,
no en los costos



Seguro de indemnización hospitalaria

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, **NO** un seguro de salud

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en la magnitud de su factura médica.
- Es posible que haya un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las Protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.

¿Busca un seguro de salud integral?

- **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para averiguar si puede obtener seguro de salud a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners) ([naic.org](https://www.naic.org)) en "Departamentos de Seguros".
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.



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

Imagine estar en un hospital debido a una emergencia médica. Su seguro de salud puede cubrir algunos costos, pero a menudo hay gastos de bolsillo ocultos, como copagos, deducibles y transporte. Usted y sus seres queridos pueden estar protegidos de estos costos inesperados con el seguro de indemnización hospitalaria. Es una solución simple para ayudar a proteger sus ahorros debido a una estadía imprevista en el hospital.

Cómo funciona

El seguro de indemnización hospitalaria complementa su plan de seguro de salud existente al pagarle directamente a usted beneficios en dólares en efectivo fijos si usted o un familiar cubierto son hospitalizados debido a una enfermedad, un accidente o una enfermedad mental cubiertos⁴, además de cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Utilice sus beneficios en efectivo para pagar:

- » Deducibles
- » Copagos
- » Costos de hospitales fuera de la red
- » Facturas diarias y gastos personales cuando no puede trabajar (como medicamentos, gasolina, comestibles, cuidado infantil, facturas del hogar e incluso su alquiler o hipoteca)

Su enfoque debe estar en la recuperación, no en el gasto.

¿LO SABÍA?



El costo promedio de una estadía de 3 días en el hospital ronda los **\$30,000**¹.



La mitad de los adultos no podrían pagar una **factura médica inesperada de \$500** en su totalidad sin endeudarse².



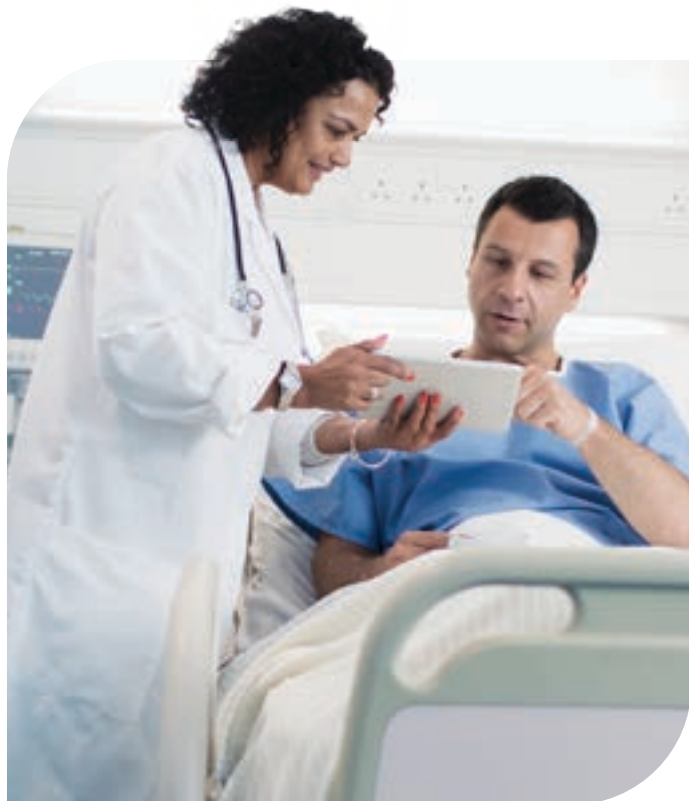
Los **costos hospitalarios** en los EE. UU. registraron un **aumento del 17.5 %** de 2019 a 2022³.

¹ HealthCare.gov. Why Health Insurance Is Important. <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-cost/>, June 1, 2024

² Kaiser Family Foundation. Americans' Challenges With Health Care Costs. <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs> March 1, 2024.

³ Revcycle Intelligence. AHA: Financial Challenges Continue as Hospital Expenses Rise. <https://revcycleintelligence.com/news/aha-financial-challenges-continue-as-hospital-expenses-rise> April 24, 2023.

⁴ Covered Sickness includes mental illness. Mental illness is a disorder that is classified as a mental disorder in the most recent edition of the International Classification of Diseases (ICD) or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Mental illness does not include those conditions that are classified as substance use disorder, substance abuse, substance dependency or mental conditions or disorders induced by substance abuse.



Cobertura cuando la necesita

Cuente con Washington National para:



FLEXIBILIDAD

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



PORTABILIDAD

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



COHERENCIA

Las primas se mantienen iguales. Sus tarifas **no pueden aumentar** a menos que todas las tarifas de ese tipo aumenten en su estado.



RENOVABILIDAD

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

Opciones de cobertura

Elija la póliza que ayude a adaptarse a sus necesidades¹

Las opciones de cobertura que pueden estar a su disposición incluyen: Individual, Individual + cónyuge, Individual + hijo y Familiar

Beneficio de la póliza base	Descripción ²	Monto
Beneficio de suma global por hospitalización	Pagadero cuando una persona cubierta está en un hospital como paciente internado o ingresa en una unidad de observación en un hospital y debe permanecer durante un día calendario hasta el siguiente día calendario.	\$1,000-\$10,000 una vez por año calendario
Beneficio de hospitalización diaria/sala de observación	Pagadero cuando una persona cubierta está en un hospital como paciente internado o ingresa en una unidad de observación.	\$100 por día, por un máximo de 365 días, por período de hospitalización
Exención de prima	Este beneficio exime de los pagos de las primas cuando el titular de la póliza está hospitalizado durante un período de más de 30 días consecutivos. Finaliza al momento del alta hospitalaria o al final del período de 12 meses de hospitalización continua ininterrumpida, lo que ocurra primero.	Exención de primas en la póliza base y en cualquier cláusula seleccionada, según se describe.

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 opcionales¹

Cobertura adicional disponible para contar con más protección

Beneficio	Descripción ²	Monto diario del beneficio
Cláusula de beneficio por hospitalización diaria	Pagadero cuando una persona cubierta está en un hospital como paciente internado o ingresa en una unidad de observación en un hospital. Pagadero además del beneficio de hospitalización diaria/beneficio de sala de observación.	Nivel 1: \$100 pagaderos por día, por un máximo de 365 días, por período de hospitalización.
		Nivel 2: \$200 pagaderos por día, por un máximo de 365 días, por período de hospitalización.
		Nivel 3: \$300 pagaderos por día, por un máximo de 365 días, por período de hospitalización.
		Nivel 4: \$400 pagaderos por día, por un máximo de 365 días, por período de hospitalización.
Cláusula de beneficios para consultorio del médico y diagnóstico ³	Beneficio de visita al consultorio del médico: proporciona un beneficio para una cita en el consultorio del médico, incluida una visita de telemedicina. Este beneficio cubre citas por un accidente cubierto, una enfermedad cubierta o un examen de rutina en el consultorio del médico.	\$25 por día
	Análisis de laboratorio y radiografías: pagadero para análisis de laboratorio o radiografía solicitados por un médico, debido a una enfermedad cubierta o un accidente cubierto.	\$50 por día
	Exámenes de diagnóstico por imágenes: pagadero para una tomografía computarizada (TC o TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), electroencefalograma (EEG), prueba de esfuerzo con talio, mielograma, angiografía o arteriografía, solicitados por un médico debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta.	\$100 por día
	Exámenes de diagnóstico: pagadero para artroscopia, broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, endoscopia, esofagoscopia, gastroscopia, laparoscopia, laringoscopia o sigmoidoscopia; solicitados por un médico debido a una enfermedad cubierta o un accidente cubierto.	\$100 por día
La cobertura individual para esta cláusula de beneficio se limita a tres días por año calendario. La cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familiar se limita a tres días por cada asegurado, hasta un máximo de seis días por año calendario.		

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.

³ Si usted o alguien que estará cubierto tiene una Cuenta de ahorro para la salud (Health Savings Account, HSA), no puede elegir esta cláusula.

Cláusulas opcionales¹ (continuación)

Cobertura adicional disponible para contar con más protección

Beneficio	Descripción ²	Monto diario del beneficio
Cláusula de beneficios complementarios ³	Beneficio de procedimiento quirúrgico: pagadero cuando una persona cubierta se somete a un procedimiento quirúrgico por un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. Se limita a un beneficio por período de 24 horas por persona cubierta.	\$100 – \$1,000 por cirugía
	Beneficio de centro de rehabilitación: pagadero cuando una persona cubierta es internada en un hospital como paciente internado debido a un accidente o enfermedad cubiertos, transferida dentro de las 24 horas posteriores al alta e internada en un centro de rehabilitación como paciente internado.	\$100 por día
	Beneficio de sala de emergencias: pagadero por cada día que una persona cubierta recibe atención e incurre en un cargo en una sala de emergencias de un hospital o visita un centro de atención de urgencia.	\$100 por visita
	Beneficio de hospitalización en unidad de cuidados intensivos (UCI): pagadero por cada día que una persona cubierta esté internada en una habitación de la UCI del hospital e incurra en un cargo por habitación. Pagadero además del beneficio de hospitalización diaria/beneficio de sala de observación.	\$100 por día
	Beneficio de ambulancia: pagadero si un servicio de ambulancia terrestre o aérea con licencia traslada a una persona cubierta hacia o desde un hospital en el que está internada debido a un accidente o enfermedad cubiertos.	\$200 para ambulancia terrestre o \$2,000 para ambulancia aérea

Cláusula de devolución de primas o de valor en efectivo³

La cobertura que necesita hoy, dinero devuelto mañana.

¿Desea obtener más información sobre la posibilidad de que se le devuelvan las primas pagadas? Hable con su agente para obtener más detalles sobre la elegibilidad y la disponibilidad en su estado.

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.

³ Si usted o alguien que estará cubierto tiene una Cuenta de ahorro para la salud (HSA), no puede elegir esta cláusula.



DEFINICIONES DE BENEFICIOS

Póliza de indemnización hospitalaria

Suma global por hospitalización

Este beneficio se paga cuando una persona cubierta ingresa en una unidad de observación que continúa sin interrupciones desde un día calendario hasta el siguiente día calendario o está hospitalizada como paciente internado debido a un accidente o enfermedad cubiertos. Este beneficio se limita a un día por año calendario, por persona cubierta por un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. Sin máximo de por vida. Este beneficio se restablece cada 1.º de enero. Si un ingreso en la unidad de observación o una hospitalización continúan 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 ese ingreso en la unidad de observación u hospitalización en el último año calendario. Una vez recibida el alta hospitalaria, para que un beneficio sea pagadero en el último año calendario, el ingreso en la unidad de observación o la hospitalización por cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta debe comenzar más de treinta (30) días después del alta hospitalaria.

Beneficio de hospitalización diaria/sala de observación

Pagadero por día, por persona cubierta, por un máximo de 365 días por período de hospitalización, cuando se ingresa en una unidad de observación o como paciente internado en un hospital debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. Un reingreso dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por el mismo accidente cubierto o enfermedad cubierta, se considera parte de la hospitalización anterior.

Exención de prima

Después de que un titular de la póliza sea hospitalizado por un accidente cubierto o una enfermedad cubierta durante más de 30 días consecutivos; este beneficio comienza el día 31 de cualquier período de continuación ininterrumpida de esa hospitalización. Se cancelará todo pago de prima que venza durante este período de exención, sobre la base máxima de mes a mes. El período de exención finalizará en la fecha del alta o al final del período de 12 meses de hospitalización continua ininterrumpida. En ese momento, se reanudará el pago de primas.

Cláusula de beneficios complementarios

Hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Pagadero además del beneficio por hospitalización diaria/sala de observación para cada día que una persona cubierta esté hospitalizada en una UCI debido a un accidente cubierto o enfermedad cubierta. Se limita a un máximo de 30 días por hospitalización. Un reingreso dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por el mismo accidente cubierto o enfermedad cubierta, se considera parte de la hospitalización anterior.

Beneficio de procedimiento quirúrgico

Pagadero cuando un médico realiza una cirugía como parte del tratamiento de un accidente cubierto o una enfermedad cubierta de una persona cubierta. No pagaremos por una cirugía de diagnóstico o seguimiento que no trate un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. 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. 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.

Beneficio de ambulancia

Pagadero si un servicio de ambulancia terrestre o aérea con licencia traslada a una persona cubierta hacia o desde un hospital debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. En el caso de 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 familiar: se limita a 3 viajes de ida o vuelta por persona cubierta, hasta 6 viajes de ida o vuelta por año calendario.

Beneficio de 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 por un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. 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 por la misma cantidad de días que el beneficio de hospitalización diaria/sala de observación.

Beneficio de 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. 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. Un reingreso dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización previa, por el mismo accidente cubierto o enfermedad cubierta, se considera parte de la hospitalización anterior. Todos los beneficios en virtud de esta cláusula para la hospitalización en un centro de rehabilitación son pagaderos únicamente en virtud de este beneficio de centro de rehabilitación.

Cláusula de beneficios para consultorio del médico y diagnóstico

Beneficio de visita al consultorio del médico

Se paga 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 rutina en el consultorio del médico. Cobertura individual: se limita a 3 días por año calendario. Cobertura individual/cónyuge, individual/hijo y familiar: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Beneficio de análisis de laboratorio y radiografías

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

Beneficio 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 un accidente cubierto o una enfermedad cubierta: tomografía computarizada (TC o TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), electroencefalograma (EEG), 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 familiar: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Beneficio de diagnóstico

Pagadero para cualquier día en que una persona cubierta se realice uno de los siguientes exámenes, por solicitud de un médico debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta: 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 familiar: se limita a 3 días por persona cubierta, hasta 6 días por año calendario.

Cláusula de beneficio por hospitalización diaria

Pagadero por día, por persona cubierta, por un máximo de 365 días por período de hospitalización, cuando se ingresa en una unidad de observación o como paciente internado en un hospital debido a un accidente cubierto o una enfermedad cubierta. Un reingreso dentro de un plazo de 30 días de una hospitalización o ingreso previos, por el mismo accidente cubierto o enfermedad cubierta, se considera parte de la hospitalización anterior.

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

Limitaciones y exclusiones

La cobertura en virtud de la póliza y cualquier cláusula adicional está sujeta a limitaciones y exclusiones, incluidas, entre otras, las que se describirían de forma general anteriormente y se describirán a continuación.

No pagaremos beneficios por ningún accidente cubierto o enfermedad cubierta provocados, causados o a los que se ha contribuido mediante alguno de los siguientes factores:

CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA: cirugía que no es para el diagnóstico ni el tratamiento de un accidente cubierto o una enfermedad cubierta; que no se considera médicamente necesaria¹²; que es resultado, directo o indirecto, de complicaciones de una cirugía estética o plástica, incluidas, entre otras⁵, 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 necesario¹³.

CIRUGÍA ELECTIVA: cirugía que no es para el diagnóstico ni el tratamiento de un accidente cubierto o una enfermedad cubierta; que no se considera médicamente necesaria¹⁴; que es resultado, directo o indirecto, de complicaciones de cirugía electiva.

AVIACIÓN: 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 PELIGROSAS¹⁵: la participación en cualquier actividad peligrosa, ya sea como vocación, avocación o recreación, incluidos, entre otros⁶: 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, balsismo, vuelo con traje aéreo, wing walking, buceo, montañismo, o actividades similares.

ACTOS ILÍCITOS^{2,3}: la participación o el intento de participación en un acto ilegal o trabajo ilegal.

ESTADO DE EBRIEDAD²: tener un grado de ebriedad en términos jurídicos, o un grado de ebriedad tal (de acuerdo con las leyes de la jurisdicción donde ocurre el accidente que rige el funcionamiento mientras está ebrio) que las capacidades mentales o físicas están gravemente alteradas. Se determina de manera concluyente que una persona cubierta está intoxicada legalmente si una prueba, incluida, entre otras¹⁰, una prueba química o de aliento, administrada en la jurisdicción donde ocurrió el accidente se encuentra en el límite legal establecido por esa jurisdicción o por encima de este.

DROGAS ILEGALES²: estar bajo la influencia de cualquier droga ilegal.

FÁRMACOS²: 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. Inhalación: inhalación voluntaria de cualquier veneno, gas o humo, o sustancia química.

CAUTELADO DE UN RECIÉN NACIDO: no pagaremos un cargo separado ocasionado por la estadía del recién nacido en una sala de recién nacidos como resultado de un parto normal.

EMBARAZO: el embarazo normal, 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 debido 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 debido a complicaciones del embarazo se pagará de la misma forma que cualquier otro beneficio cubierto.

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 AUTOINFLINGIDAS: lesionarse o intentar provocarse una lesión de manera intencional, independientemente de la capacidad mental.

ABUSO DE SUSTANCIAS²: trastorno por consumo de sustancias o dependencia de sustancias químicas.

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.

VIAJES: estar a más de 40 millas de los límites territoriales de los Estados Unidos, Canadá, México, Puerto Rico, las Bahamas, las Islas Vírgenes, Bermudas y Jamaica.

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 necesario¹⁵.

GUERRA/SERVICIO MILITAR^{1,6}: 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 internacional.

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 preexistente¹⁶ 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. La afección preexistente puede existir aunque no se haya hecho aún un diagnóstico.

LIMITACIÓN DE PERÍODO DE ESPERA: 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 cubierta¹¹. El período de espera se refiere a los primeros treinta (30) días después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de una 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 por el mismo accidente cubierto o enfermedad cubierta, 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.

DEFINICIONES ADICIONALES

HOSPITAL: el hospital no incluye una cama, instalación, ala, anexo, o cualquier otro centro especial que opere o funcione como cualquiera de los siguientes, ya sea dentro o fuera de un hospital, independientemente del nombre del centro y la intensidad del tratamiento o los servicios: 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 incluso si se denomina hospital de rehabilitación; lugar que brinda atención principalmente a personas con un trastorno por consumo de sustancias; o, centro que proporciona principalmente atención y tratamiento de enfermedades mentales o trastornos mentales.

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.

¹En Nevada, “La participación en cualquier actividad peligrosa, ya sea como vocación, avocación o recreación, incluidos: 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, motocross de estilo libre (FMX), highlining, heliesquí o heli-snowboarding, globo aerostático, escalada en hielo, motos cross, paracaídas, ala delta, parasailing, parakiting, rodeo, escalada en roca, rappelling, balsismo, traje aéreo, wing walking, buceo o montañismo”.

²En Nevada, no se aplica.

³En Nebraska, Actos ilegales: la comisión o el intento de cometer un delito grave, o participar en una ocupación ilegal.

⁴En Nebraska. Guerra/Servicio militar: 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 internacional.

⁵En Florida, Actividades peligrosas: la participación en cualquier actividad peligrosa, ya sea como vocación, avocación o recreación, incluidos: 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, motocross de estilo libre (FMX), highlining, heliesquí o heli-snowboarding, globo aerostático, escalada en hielo, motos cross, paracaídas, ala delta, parasailing, parakiting, rodeo, escalada en roca, rappelling, balsismo, traje aéreo, wing walking, buceo o montañismo.

⁶En Florida, los actos de terrorismo se excluyen de la definición de guerra.

⁷En Florida, la afección preexistente incluye: la atención de seguimiento de rutina para determinar si el cáncer de mama ha reaparecido en una persona cubierta que anteriormente se había determinado que 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.

⁸En Kentucky, no se aplican los términos “entre otros”.

⁹En Kentucky, no se aplican los términos “entre otros”.

¹⁰En Kentucky, no se aplican los términos “entre otros”.

¹¹En Maine, no se aplican los términos “durante los primeros doce (12) meses después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para esa persona cubierta”.

¹²En Wyoming, no se aplican los términos “o considerado médicamente necesario”.

¹³En Wyoming, no se aplican los términos “o considerado médicamente necesario”.

¹⁴En Wyoming, no se aplican los términos “o considerado médicamente necesario”.

¹⁵En Wyoming, no se aplican los términos “y se considera médicamente necesario”.

¹⁶En Wyoming, una afección preexistente hace referencia a la existencia de síntomas que pueden hacer que una persona necesite diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un período de seis (6) 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 seis (6) 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.

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.

Washington National Insurance Company y sus representantes no proporcionan asesoramiento legal o impositivo. En función de las circunstancias particulares de un cliente, debe buscar asesoramiento de su asesor legal o impositivo personal.

Serie del formulario de póliza (puede variar según el estado): WNIC 2158

Serie del formulario de cláusula (puede variar según el estado): R2167, R2159, R2160, R2161, R2162

Washington National Insurance Company
Carmel, IN 46032

WashingtonNational.com