

Los regentes de la Universidad de California

Cobertura por enfermedad crítica



AVISO PARA LOS RESIDENTES DE TEXAS

Have a complaint or need help?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

The Prudential Insurance Company of America

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: Prudential Life Claim Division

Toll-free: 1-855-483-1438

Mail: P.O. Box 8517, Philadelphia, PA 19176

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call with a question: 1-800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

The Prudential Insurance Company of America

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Prudential Life Claim Division

Teléfono gratuito: 1-855-483-1438

Dirección postal: P.O. Box 8517, Philadelphia, PA 19176

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

Aviso de divulgación

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE CIERTOS ESTADOS: *Existen requisitos específicos de cada estado que pueden cambiar las disposiciones de la cobertura descrita en este certificado de seguro grupal. Si vive en un estado con este tipo de requisitos, estos se aplicarán a su cobertura y forman parte del certificado del seguro grupal. Esto significa que los requisitos del estado en el que vive al momento de su pérdida, pueden cambiar los beneficios a los que tiene derecho bajo el certificado de cobertura grupal. Prudential tiene un sitio web que describe estos requisitos específicos de cada estado. Puede acceder el sitio web en www.prudential.com/etonline. Cuando accede al sitio web, se le pedirá que ingrese su estado de residencia y su código de acceso. Su código de acceso es CR1.*

Si no puede acceder a este sitio web, prefiere recibir una copia impresa de estos requisitos o tiene alguna pregunta, llame a Prudential al 1-866-439-9026.

PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS

Oficina de servicio al cliente de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
Customer Services Department
Prudential Insurance Company
Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035

Teléfono: 1-855-483-1438

Si Prudential no le proporciona un servicio razonable y adecuado, puede comunicarse con:

Arkansas Insurance Department
Consumer Services Division
1200 West Third Street
Little Rock, Arkansas 72201-1904
1-800-852-5494

PARA RESIDENTES DE ARIZONA

Aviso: Es posible que este certificado de seguro no proporcione todos los beneficios y protecciones proporcionados por la ley en Arizona. Lea este certificado cuidadosamente.

PARA LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA

Este es un complemento del seguro de salud. No es un sustituto de los beneficios esenciales de salud o de la cobertura esencial mínima, tal como lo establece la ley federal.

PARA LOS RESIDENTES DE COLORADO

ESTE ES UN PLAN COMPLEMENTARIO QUE NO ESTÁ PENSADO PARA PROPORCIONAR LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA REQUERIDA POR LA LEY DE ATENCIÓN ACCESIBLE (ACA). EXCEPTO QUE TENGA OTRO PLAN (COMO UNA COBERTURA MÉDICA MAYOR) QUE LE PROPORCIONE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA DE ACUERDO CON LA ACA, PUEDE ESTAR SUJETO A UNA SANCIÓN IMPOSITIVA FEDERAL. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTE PLAN NO PUEDEN COORDINARSE CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. REVISE CUIDADOSAMENTE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTE PLAN PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LA COBERTURA.

PARA LOS RESIDENTES DE FLORIDA

Los beneficios de la póliza que le proporciona cobertura se rigen por la ley de un estado que no es Florida.

PARA LOS RESIDENTES DE IDAHO

Si necesita ayuda de la agencia gubernamental que regula el negocio de los seguros, puede comunicarse con el Departamento de seguros de Idaho:

Idaho Department of Insurance
Consumer Affairs
700 W State Street, 3rd Floor
PO Box 83720
Boise ID 83720-0043

1-800-721-3272 o 208-334-4250 o www.DOI.Idaho.gov

PARA LOS RESIDENTES DE INDIANA

Las preguntas que tuviera sobre su póliza o cobertura, deben dirigirse a:

**The Prudential Insurance Company of America
1-855-438-1438**

Si (a) necesita ayuda de la agencia gubernamental que regula los seguros o (b) tiene una queja que no ha podido resolver con su aseguradora, puede comunicarse con el Departamento de seguros por correo postal, teléfono o correo electrónico:

State of Indiana Department of Insurance
Consumer Services Division
311 West Washington Street, Suite 300
Indianapolis, Indiana 46204

Línea directa para consumidores: (800) 622-4461; (317)

232-2395 Las quejas se pueden presentar en forma
electrónica en www.in.gov/idoi.

PARA LOS RESIDENTES DE MARYLAND:

El contrato de seguro grupal que proporciona cobertura con este certificado fue emitido en una jurisdicción que no es Maryland y es posible que no proporcione todos los beneficios exigidos por la ley de Maryland.

PARA LOS RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE:

Aviso: Este certificado de seguro proporciona todos los beneficios que exige el Código de seguros de Carolina del Norte, pero está emitido bajo una póliza grupal maestra ubicada en otro estado y es posible que no se rija por las leyes de ese estado.

PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

NOTIFICACIÓN AL CONSUMIDOR: Este es un plan de salud con beneficios limitados. Los beneficios proporcionados son complementarios y no sustituyen la cobertura médica mayor, incluso si se combina con otros planes con beneficios limitados. Para solicitar un plan médico mayor individual o para un grupo pequeño, visite el sitio web de New Mexico Health Insurance Exchange en www.bewellnm.com o llame al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

PARA LOS RESIDENTES DE NEVADA

ESTA COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA NO ES UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD COMPLETA (NORMALMENTE CONOCIDA COMO "COBERTURA MÉDICA MAYOR").

NO SATISFACE EL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DE ATENCIÓN ACCESIBLE. NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, TAL COMO LO DEFINE LA LEY FEDERAL.

PARA LOS RESIDENTES DE OKLAHOMA

Aviso: Los certificados emitidos para entregar en Oklahoma están regidos por el certificado y las leyes de Oklahoma y no por el estado en que se emitió la póliza maestra.

PARA LOS RESIDENTES DE TEXAS

LA PÓLIZA DE SEGURO BAJO LA CUAL SE EMITIÓ ESTE CERTIFICADO, NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES. LE SUGERIMOS QUE CONSULTE A SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI ESTE ESTÁ SUSCRITO AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES.

AVISO PARA LOS RESIDENTES DE VERMONT

La legislación de Vermont prevalece por sobre cualquier disposición en conflicto del contrato grupal.

PARA LOS RESIDENTES DE WISCONSIN

GUARDE ESTE AVISO JUNTO CON SUS PAPELES DEL SEGURO

¿Tiene problemas con su seguro? - Si tiene problemas con su compañía de seguros o agente, no dude en comunicarse con la compañía de seguros o el agente para resolver su problema.

Oficina de servicio al cliente de Prudential:

Prudential Insurance Company

Voluntary Benefit Services

P.O. Box 696035

San Antonio, TX 78269-6035

1-855-483-1438

También puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, una agencia estatal encargada de hacer cumplir las leyes sobre seguros de Wisconsin y presentar una queja. Puede presentar una queja en forma electrónica ante la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** en su sitio web <http://oci.wi.gov/>, o comunicándose con la:

Office of the Commissioner of Insurance
Complaints Department
P.O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873
1-800-236-8517
608-266-0103

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Certificado de cobertura

Prudential certifica que el seguro se proporciona de acuerdo con los contratos grupales para cada empleado asegurado. El programa de beneficios de su cuadernillo muestra al titular del contrato y el número del contrato grupal.

Empleado asegurado: Usted es elegible para quedar asegurado bajo el contrato grupal si está en las clases cubiertas por el programa de beneficios del cuadernillo y cumple con los requisitos de la sección del cuadernillo Quién es elegible. La sección del cuadernillo Cuándo queda asegurado explica cómo y cuándo usted puede quedar asegurado con la cobertura. Su seguro finalizará cuando disponen las reglas de la sección "Cuándo finaliza su seguro". Su cuadernillo y este certificado de cobertura juntos forman el certificado de su seguro grupal.

Cobertura y montos: En el cuadernillo se describe la cobertura disponible y los montos del seguro.

Si usted está asegurado, su cuadernillo y este certificado de cobertura forman su certificado del seguro grupal. Juntos, reemplazan a todos los cuadernillos y certificados anteriores emitidos a su nombre por la cobertura que aparece en el programa de beneficios del cuadernillo. Todos los beneficios están sujetos en todos los aspectos al contrato grupal completo, lo que incluye el certificado del seguro grupal.

Cambios: Se garantiza que el certificado es renovable. No cambiaremos ninguna disposición del certificado, excepto por las tarifas de la prima, que las podemos cambiar por clase para todos los asegurados en su estado, cubiertos por este formulario. En lugar de cambiar las tarifas de la prima, podemos cambiar definiciones para todos los asegurados en su estado, cubiertos por este formulario. Todos los cambios de tarifas o de definiciones serán aprobados primero por la autoridad correspondiente del estado.

Derecho a examinar este certificado de seguro grupal: Puede devolver este certificado de seguro grupal a Prudential, por cualquier motivo, dentro de los 31 días de haberlo recibido. Si lo devuelve dentro de este plazo, el seguro será nulo a partir de la fecha en que, de otro modo, entraría en vigencia y Prudential reembolsará sus aportes, si los hubiera, dentro de los 31 días de recibido el certificado devuelto.

Dirección de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
751 Broad Street
Newark, New Jersey 07102

ESTE CERTIFICADO NO ES UN CERTIFICADO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía del seguro de salud para las personas con Medicare, que está disponible en la empresa.

Este es un complemento del seguro de salud. No es un sustituto de los beneficios esenciales de salud o de la cobertura esencial mínima, tal como lo establece la ley federal.

Este certificado no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura del Seguro de compensación a los trabajadores.

El contrato grupal SOLO proporciona cobertura para enfermedades específicas.

COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA

Índice

CERTIFICADO DE COBERTURA.....	1
PROGRAMA DE BENEFICIOS	4
ENDOSO DEL CERTIFICADO A UN CONTRATO GRUPAL	7
DEFINICIONES GENERALES	9
QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SER ASEGURADO	11
DEMORA DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA.....	15
COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA.....	17
BENEFICIOS ADICIONALES DE LA COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA.....	24
CUÁNDO FINALIZA SU SEGURO	28
INFORMACIÓN GENERAL	31
DOCUMENTO PDF INSERTADO 2	33

Programa de beneficios

Clases cubiertas: Las "Clases cubiertas" son los siguientes empleados del titular del contrato (y sus compañías asociadas): Todos los empleados activos de tiempo completo.

Fecha del programa: 1 de enero de 2025 Este cuadernillo describe los beneficios que cubre este programa grupal a partir de la fecha del programa.

- Este cuadernillo y el certificado de cobertura juntos forman el certificado de su seguro grupal. La cobertura descrita en este cuadernillo está asegurada bajo un contrato grupal emitido por Prudential. Todos los beneficios están sujetos en todos los aspectos al contrato grupal completo, lo que incluye el certificado del seguro grupal. En sí mismo forma el contrato bajo el cual se realiza el pago del seguro.

COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Los siguientes elementos son solo puntos destacados de su cobertura. Para obtener una descripción completa, lea este certificado del seguro grupal en su totalidad.

MONTOS DEL BENEFICIO PARA USTED:

El monto del seguro es el monto de su tipo de beneficio. Puede inscribirse en el plan que se muestra a continuación. Si puede elegir el monto de seguro, o si tiene opciones entre las que elegir, el monto por el que se inscriba quedará registrado por su empleador e informado a Prudential.

Monto del seguro por cada tipo de beneficio:

Tipos de beneficios	Monto del seguro
Todos los empleados	
Opción 1	\$10,000.
Opción 2	\$30,000.

MONTOS DEL BENEFICIO PARA SUS DEPENDIENTES:

El monto del seguro es el monto de su tipo de beneficio. Puede inscribir a sus dependientes calificados en el plan que se muestra a continuación. Si puede elegir el monto de seguro, o si tiene opciones entre las que elegir, el monto por el que se inscriba quedará registrado por su empleador e informado a Prudential. Su tipo de beneficio está determinado por la clasificación de sus dependientes calificados y el monto por el cual usted se inscribe que se muestra en esta tabla.

Clasificación de dependientes calificados	Monto del seguro*
--	--------------------------

Su cónyuge o pareja doméstica

Opción 1	\$10,000.
----------	-----------

Opción 2	\$30,000.
----------	-----------

Sus hijos

Opción 1	\$5,000.
----------	----------

Opción 2	\$15,000.
----------	-----------

- El monto del seguro de su cónyuge o pareja doméstica dependiente calificada no excederá el 100% del monto por el cual usted está asegurado bajo la cobertura por enfermedad crítica. El monto del seguro de cada uno de sus hijos dependientes calificados no excederá el 50% del monto por el cual usted está asegurado bajo la cobertura por enfermedad crítica.

MONTOS ADICIONALES DE BENEFICIOS PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES BAJO LA COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA

Con el fin de determinar los beneficios bajo la cobertura, el monto del seguro no incluye ningún monto adicional pagadero como se muestra a continuación.

Monto que se paga por el beneficio por bienestar: \$100.

Límite diario del beneficio por bienestar: El beneficio por bienestar está limitado al pago de un beneficio por persona cubierta, por día.

Límite anual del beneficio por bienestar: El beneficio por bienestar está limitado al pago de un beneficio por año calendario, por cada persona cubierta.

Monto a pagar por el beneficio por evaluación del Instituto nacional para el cáncer (NCI): Un monto igual a:

- (1) \$500 más
- (2) \$250 por transporte y alojamiento de la persona cubierta que necesita la evaluación, si el NCI está a más 100 millas de la residencia principal de la persona cubierta.

Límite de por vida del beneficio por evaluación del NCI: el beneficio por evaluación del NCI se paga una sola vez durante la vida de cada persona cubierta.

Montos a pagar por el beneficio de transporte: Un monto igual al menor de:

- (1) los cargos reales incurridos por viaje en tren, avión o autobús, más \$0.50 por milla de viaje en su auto personal y
- (2) \$1,000.

Límite anual del beneficio por transporte: El beneficio por transporte se limita a un pago del beneficio por año calendario para cada persona cubierta que reciba tratamiento durante la visita.

Monto a pagar por el beneficio de alojamiento: \$100 por día.

Límite anual del beneficio de alojamiento: El beneficio de alojamiento se limita a 60 días por año calendario para cada persona cubierta que recibe tratamiento durante esa visita.

OTRA INFORMACIÓN

Titular del contrato: LOS REGENTES DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

Contrato grupal N.º: GC-97000-CA

Compañías asociadas: Las compañías asociadas son empleadores que son subsidiarias o filiales del titular del contrato y que se informan a Prudential por escrito para ser incluidas en el contrato grupal, siempre que Prudential haya aprobado dicha solicitud. El certificado corresponde al titular de contrato y sus compañías asociadas, si las hubiera.

Costo del seguro: El seguro de este cuadernillo es un seguro contributivo. Se le informará el monto de su contribución cuando se inscriba.

Período de espera del empleo: Es posible que tenga que trabajar para el empleador por un período continuo de tiempo completo antes de ser elegible para la cobertura. El período debe ser acordado entre el empleador y Prudential. Su empleador le informará si su clase tiene algún período de espera del empleo.

Dirección de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
213 Washington Street
Newark, New Jersey 07102

Quejas y notificaciones: Las quejas y notificaciones deben enviarse a:

**The Prudential Insurance Company of America
Prudential Insurance Company
Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035**

Teléfono: 1-855-483-1438

Si tiene una disputa concerniente a su prima o a una reclamación, debe comunicarse con Prudential primero. Si la disputa no se resuelve, puede comunicarse con el Departamento de seguros de California a la siguiente dirección y teléfono:

**California Department of Insurance
Consumer Services Division
300 South Spring Street
Los Angeles, California 90013
1-800-927-HELP**

Endoso del certificado a un contrato grupal

Contrato grupal N.º: GC-97000-CA

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Se adjunta el endoso de este certificado y forma parte del contrato grupal. El

certificado de su seguro grupal ha cambiado de la siguiente manera:

- La sección **MONTOS ADICIONALES DE BENEFICIOS PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES BAJO LA COBERTURA POR ENFERMEDAD CRÍTICA** del **Programa de beneficios** se amplía y ahora incluye lo siguiente:

Límite para enfermedad infecciosa que requiere hospitalización: el beneficio por enfermedad infecciosa se paga por una persona cubierta internada en un hospital durante 5 días consecutivos.

Monto que se paga por una enfermedad infecciosa que requiere hospitalización: El monto adicional a pagar es del 25% en la primera ocurrencia. El monto a pagar por la recurrencia de una enfermedad infecciosa es del 10%.

- Las páginas **Beneficios adicionales bajo la cobertura por enfermedad crítica** de su seguro grupal se ampliaron y ahora incluyen lo siguiente:

BENEFICIO POR UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN.

Este beneficio adicional por enfermedad infecciosa que requiere hospitalización le paga a una persona cubierta a la que un médico le diagnosticó las siguientes enfermedades:

- (1) Ántrax
- (2) Meningitis cerebroespinal bacteriana
- (3) COVID-19
- (4) Enfermedad de Lyme
- (5) Estafilococo áureo resistente a la meticilina (MRSA)
- (6) Osteomielitis
- (7) Tos ferina

El beneficio por enfermedad infecciosa que requiere hospitalización se paga por una persona cubierta internada en un hospital durante 5 días consecutivos.

Monto que se paga por una enfermedad infecciosa que requiere hospitalización: El monto adicional a pagar es del 25% en la primera ocurrencia. El monto a pagar por la recurrencia de una enfermedad infecciosa es del 10%. El beneficio se paga cuando una persona cubierta está hospitalizada durante 5 días consecutivos debido al diagnóstico de una enfermedad infecciosa.

Todas las demás disposiciones del certificado de su seguro grupal permanecen sin modificaciones.

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Margaret M. Foran

Secretaria

Definiciones generales

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Algunos de los términos usados en esta cobertura:

Requisito de actividad laboral: es el requisito de que esté trabajando a tiempo completo en el lugar de actividad del empleador o en cualquier otro lugar al que la actividad del empleador requiere que usted vaya. A usted se lo considera en actividad laboral durante los fines de semana o las vacaciones, fiestas o cierres de la empresa aprobados por el empleador, si usted está trabajando el último día laboral programado antes de dicho tiempo de inactividad.

Año calendario: es un año que comienza el 1 de enero.

Titular del contrato: El empleador al que se le emite el contrato grupal.

Seguro contributivo, seguro no contributivo: El seguro contributivo es aquel por el que debe realizar aportes para el costo el de la prima. El seguro no contributivo es aquel en que el empleador paga la totalidad de la prima. El programa de beneficios muestra si la cobertura de seguro es contributiva o no.

Cobertura: es una parte del cuadernillo que consiste de:

- (1) una página de beneficios etiquetada en el título como cobertura.
- (2) cualquier página o páginas en las que continúa el mismo tipo de beneficios.
- (3) una entrada en el programa de beneficios y en otras páginas o formularios que, por sus términos, se aplica a ese tipo de beneficios.

Persona cubierta: es un empleado asegurado bajo la cobertura; un dependiente calificado de un empleado asegurado bajo la cobertura, si los hubiera.

Seguro de dependientes: es el seguro del dependiente de una persona.

Médico: es un profesional matriculado del arte de la curación, que actúa dentro del alcance de su licencia. Prudential no reconocerá como médico a ningún familiar, lo que incluye, entre otros, a usted, su cónyuge, su pareja doméstica o un hijo, hija, hermano, hermana o progenitor suyo o de su cónyuge o pareja doméstica por una reclamación que usted nos envíe.

Empleado: una persona empleada por el empleador.

Seguro del empleado: es el seguro de la persona empleada.

Empleador: en conjunto, son todos los empleadores incluidos en el contrato grupal.

Primera ocurrencia: es la primera vez que se diagnostica a la persona con una enfermedad crítica mientras tiene cobertura.

Suceso vital: es cualquiera de los siguientes, que constituyen un cambio en la situación familiar:

- (1) su casamiento o divorcio;

- (2) convertirse o dejar de ser pareja doméstica;
- (3) la muerte de su cónyuge, pareja doméstica o hijo;
- (4) el nacimiento o la adopción de su hijo;
- (5) el empleo o finalización del empleo de su cónyuge o pareja doméstica;
- (6) usted o su cónyuge o pareja doméstica cambia la situación de empleo de tiempo parcial a tiempo completo (o viceversa);
- (7) usted o su cónyuge o pareja doméstica toma una licencia sin goce de sueldo;
- (8) un cambio importante en su cobertura médica que se puede atribuir al empleo de su cónyuge o pareja doméstica.

Prudential: The Prudential Insurance Company of America.

Usted: un empleado o empleada.

Quién es elegible para ser asegurado

SEGURO DEL EMPLEADO

Usted es elegible para el seguro del empleado mientras:

- sea empleado de tiempo completo del empleador;
- está en una clase cubierta y
- ha completado el período de espera del empleo, si lo hubiera. Es posible que tenga que trabajar para el empleador por un período continuo de tiempo completo antes de ser elegible para la cobertura. El período debe ser acordado entre el empleador y Prudential. Su empleador le informará si su clase tiene algún período de espera del empleo.

Usted es empleado de tiempo completo si trabaja habitualmente para el empleador una cantidad mínima de horas en la semana laboral normal de tiempo completo del empleador para su clase.

Su clase está determinada por el titular del contrato. Esto se hará bajo sus reglas, en las fechas establecidas. El titular del contrato no debe discriminar entre personas que se encuentran en situaciones similares. Para el seguro, usted no puede pertenecer a más de una clase sobre cada base, seguro contributivo o no contributivo, bajo la cobertura. "Clase" significa clase cubierta, clase de beneficio o cualquier cosa relacionada con el trabajo, como un puesto o ingresos, que afecta al seguro disponible.

Esto se aplica si usted es empleado de más de un empleador incluido en el contrato grupal:

Para el seguro, usted será considerado empleado de uno solo de dichos empleadores. Su servicio a los otros será tratado como servicio con aquel.

Las reglas para obtener seguro del empleado están en la sección Cuándo queda asegurado.

SEGURO DE DEPENDIENTES

Usted es elegible para el seguro de dependientes mientras:

- es elegible para el seguro del empleado;
- tiene un dependiente calificado.

Dependientes calificados:

Las siguientes son las personas para las cuales usted puede obtener seguro de dependientes:

- Una persona que es su cónyuge o pareja doméstica antes de su inscripción en el seguro de dependientes.

Su cónyuge significa su cónyuge legal.

Su pareja doméstica es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto:

- (1) satisface los requisitos de una pareja doméstica, pareja doméstica registrada o parte de una unión civil, conforme a la ley de su jurisdicción de residencia o

- (2) es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que cumple con lo siguiente:
- (a) tiene 18 años o más;
 - (b) no está relacionada con usted por sangre o grado de cercanía que impidiera el casamiento conforme a la ley de su jurisdicción de residencia;
 - (c) es mentalmente competente para consentir el contrato;
 - (d) no está casada con otra persona bajo la ley estatutaria o común, ni es pareja doméstica, pareja doméstica registrada o está en una unión civil con otra persona;
 - (e) no es un dependiente calificado bajo el programa;
 - (f) está en una relación única, dedicada, seria y comprometida con usted;
 - (g) ha compartido con usted una única residencia permanente durante al menos 12 meses consecutivos y
 - (h) es económicamente independiente de usted.

Si Prudential lo solicita, usted y/o su pareja doméstica debe certificar que se cumplen todos los requisitos anteriores.

Ya sea un cónyuge o una pareja doméstica puede ser un dependiente calificado bajo este programa, pero uno por vez, no ambos a la vez.

- Sus hijos desde el nacimiento con vida

hasta los 26 años de edad. Sus hijos

incluyen a sus:

- (1) hijos biológicos;
- (2) hijos adoptados legalmente, niños colocados con usted en adopción antes de su adopción legal y cada uno de sus hijastros. Un niño colocado con usted para su adopción antes de la adopción legal se considera su dependiente calificado desde la fecha de la colocación en adopción y se lo trata como si fuera su hijo recién nacido.
- (3) niños de crianza;
- (4) hijos de la pareja doméstica y
- (5) niños de los que usted, su cónyuge o su pareja doméstica:
 - (a) ha sido designado el tutor legal y
 - (b) se indica como dependiente suyo, de su cónyuge o de su pareja doméstica. en la declaración del impuesto federal a la renta

Un niño que está bajo su tutela legal, la de su cónyuge o de su pareja doméstica se considerará como dependiente calificado a partir de la fecha de entrada en vigencia de la orden judicial que otorga la tutela legal y se lo trata como si fuera su hijo recién nacido.

- Sus hijos incapacitados.

Un hijo incapacitado es un hijo (tal como se define más arriba) que satisface las siguientes condiciones:

- (1) Su hijo es incapaz de autosustentarse con un empleo debido a una lesión o enfermedad mental o física.
- (2) Su hijo está incapacitado de este modo antes de alcanzar el límite de edad para un hijo dependiente calificado.

Usted debe presentar ante Prudential prueba de que su hijo satisface las condiciones anteriores 31 días antes de:

- (1) que el hijo cubierto alcance el límite de edad para un hijo dependiente calificado o
- (2) la fecha en que usted es elegible por primera vez para la cobertura con respecto a que dicho hijo supere el límite de edad para un hijo dependiente calificado.

Prudential puede pedirle en forma periódica que presente prueba de que su hijo continúa cumpliendo con las condiciones anteriores.

Si no presenta la prueba solicitada, su cobertura con respecto a dicho hijo finalizará.

Excepciones:

Su cónyuge, pareja doméstica o hijo no es su dependiente calificado mientras:

- (1) está en servicio activo en las fuerzas armadas de cualquier país;
- (2) está asegurado como empleado bajo un contrato grupal o
- (3) el cónyuge, la pareja doméstica o los hijos están protegidos por cualquier cobertura de empleado del contrato grupal después que finaliza esa cobertura del cónyuge, la pareja doméstica o los hijos.

Un hijo no se considerará un dependiente calificado de más de un empleado. Si este no fuera el caso, el hijo será considerado el dependiente calificado del empleado nombrado en un acuerdo escrito de todos los empleados presentados ante el titular del contrato. Si no existiera un acuerdo escrito, el hijo será considerado el dependiente calificado:

- (1) del empleado que fue asegurado bajo el contrato grupal con respecto al hijo, mientras el hijo era el dependiente calificado de ese empleado solo y, de lo contrario,
- (2) del empleado que tiene el servicio continuo más prolongado con el empleador, en función de los registros del titular del contrato.

Las reglas para obtener seguro de dependientes están en la sección Cuándo queda asegurado.

Cuándo queda asegurado

SEGURO DEL EMPLEADO

Su seguro del empleado bajo la cobertura comenzará el primer día en que:

- se haya inscrito, si la cobertura es contributiva;
- es elegible para el seguro del empleado;
- está en la clase cubierta por ese seguro;
- su seguro no está demorado conforme a la sección Demora de la fecha de entrada en vigencia;
- esa cobertura forma parte del contrato grupal.

Usted debe inscribirse con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse dentro de los 31 días de poder quedar cubierto por primera vez o dentro de los 31 días de un evento vital. Cuando se inscriba, su empleador le informará si sus aportes son necesarios y el monto de los mismos.

En todo momento los beneficios para los cuales está inscrito son los que corresponden a su clase, a menos que se indique lo contrario. La sección "Definiciones generales" explica lo que significa "Evento vital".

SEGURO DE DEPENDIENTES

El seguro de dependientes bajo la cobertura de una persona, comenzará el primer día en que se cumplan las siguientes condiciones:

- Usted se ha inscrito en el seguro de dependientes bajo la cobertura, si la misma es contributiva.
- La persona es su dependiente calificado.
- Usted está en la clase cubierta por ese seguro.
- Usted está asegurado como empleado bajo la cobertura.
- El seguro de dicho dependiente calificado no está demorado conforme a la sección Demora de la fecha de entrada en vigencia.
- El seguro de dependientes bajo esa cobertura forma parte del contrato grupal.

Usted debe inscribirse con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse dentro de los 31 días de poder quedar cubierto por primera vez o dentro de los 31 días de un evento vital. Cuando se inscriba, su empleador le informará si sus aportes son necesarios y el monto de los mismos.

En todo momento los beneficios del seguro de dependientes para los cuales está inscrito, son los que corresponden a su clase, a menos que se indique lo contrario.

La sección "Definiciones generales" explica lo que significa "Eventos vitales".

Cambio en la situación familiar: Es importante que informe de inmediato al empleador cuando tiene por primera vez un dependiente calificado. También debe informar al empleador si la situación del seguro de sus dependientes cambia de una a otra de las siguientes categorías:

- Sin dependientes calificados.
- Cónyuge o pareja doméstica dependiente calificada únicamente.
- Cónyuge o pareja doméstica e hijos dependientes calificados.
- Los hijos dependientes calificados solamente.

Si usted tiene asegurados bajo la cobertura a uno o más hijos, no es necesario que informe hijos adicionales.

Hay formularios disponibles para informar estos cambios.

Demora de la fecha de entrada en vigencia

SEGURO DEL EMPLEADO

Su seguro del empleado bajo esta cobertura se demorará si no cumple con el requisito de estar en actividad laboral el día en que comenzaría a regir su seguro. En cambio, comenzará el primer día en que cumpla con el requisito de estar en actividad laboral y los demás requisitos del seguro. La misma regla de demora se aplicará a todo aumento de su seguro que esté sujeto a esta sección. Si no cumple con el requisito de estar en actividad laboral el día en que entraría en vigencia dicho cambio, entrará en vigencia el primer día que cumpla con ese requisito. Esta regla de demora no se aplica a las reducciones de su seguro.

SEGURO DE DEPENDIENTES

Un dependiente calificado puede ser internado para recibir atención médica o tratamiento, en su casa o en otro lado. Si un dependiente calificado está internado de esta manera el día en que el seguro de sus dependientes bajo la cobertura de dicho dependiente calificado entra en vigencia, o cualquier cambio en dicho seguro sujeto a esta sección, entonces no entrará en vigencia. El seguro o el cambio entrará en vigencia cuando el dependiente calificado reciba el alta de dicha internación. También se deben cumplir los demás requisitos para el seguro o el cambio.

Excepción para el hijo recién nacido: Esta sección no se aplica a un hijo suyo en el momento en que nace, si el hijo es suyo y:

- (1) es su primer dependiente calificado o
- (2) se convierte en un dependiente calificado mientras usted tiene el seguro de dependientes bajo esta cobertura o para cualquier otro dependiente calificado.

Asimismo, esta sección no se aplica a ningún aumento de edad en el monto del seguro de un hijo bajo la cobertura de dependientes.

Cobertura por enfermedad crítica

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Esta cobertura paga beneficios por algunas enfermedades

críticas. Enfermedad crítica significa que la persona tiene:

- **Alzheimer:** es la pérdida importante y permanente de la capacidad cognitiva. **No incluye otros tipos de demencia.** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico clínico definitivo de Alzheimer realizado por un profesional médico calificado.
- **Tumor cerebral benigno:** Es un tumor o quiste no maligno, de un centímetro o más, ubicado en el cerebro, los nervios craneales o las meninges dentro del cráneo. **No incluye tumores en la glándula pituitaria o en los vasos sanguíneos, conocidos como angiomas o aneurismas.** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de un tumor cerebral benigno realizado por un médico.
- **Ceguera:** Ceguera significa una agudeza visual central de no más de 20/200 en el mejor ojo, después de la corrección, o una agudeza visual superior a 20/200, pero con una limitación en los campos visuales de modo que el diámetro más ancho del campo visual abarca un ángulo no mayor a 20 grados. Esto debe estar certificado por un médico matriculado y un cirujano que se especialice en enfermedades de los ojos o un optometrista matriculado.
- **Cáncer:** es cualquier tumor maligno diagnosticado positivo con confirmación histológica y caracterizado por el crecimiento descontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El término tumor maligno incluye leucemia, linfoma, sarcoma y mieloma múltiple.

Cáncer no incluye lo siguiente:

- (a) lesiones premalignas,
- (b) tumores benignos o pólipos.

El beneficio que se aplica al cáncer depende si este es un **cáncer con beneficio total, con beneficio parcial que no sea cáncer de piel o cáncer con beneficio parcial, cáncer de piel.**

Cáncer con beneficio total significa todo tipo de cáncer, excepto el cáncer con beneficio parcial que no sea cáncer de piel o cáncer de piel con beneficio parcial.

Beneficio parcial que no sea cáncer de piel significa:

- (a) cáncer clasificado como TisN0M0, siempre que la cirugía, radioterapia o quimioterapia haya sido determinada como necesaria desde el punto de vista médico por un profesional médico calificado en la especialidad apropiada para el tipo de cáncer en cuestión;
- (b) tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores, que son tratados solo con procedimientos endoscópicos;

- (c) melanomas malignos clasificados como T1N0M0, para los cuales un informe patológico muestre un grosor máximo menor o igual a 1.0 milímetros, usando el método de Breslow para determinar el grosor de un tumor.
- (d) tumores de próstata clasificados como T1bN0M0 o T1cN0M0, siempre que sean tratados con una prostatectomía o radioterapia.

TENGA EN CUENTA: Esto significa, por ejemplo, que se puede pagar un monto parcial (reducido) del beneficio por el diagnóstico de ciertos tipos de cáncer de próstata o de mama.

Cáncer con beneficio parcial, cáncer de piel es cualquier malignidad en la piel diagnosticada con confirmación histológica y caracterizada por un crecimiento descontrolado de células malignas e invasión de tejidos. Incluye:

- (1) carcinoma de células basales; y
- (2) carcinoma de células escamosas.

No incluye melanoma maligno o cualquier afección que se pueda considerar precancerosa, como leucoplasia, queratosis actínica, carcinoide, hiperplasia, melanoma no maligno, lunares o enfermedades o lesiones similares.

Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de cáncer de piel realizado por un médico. Se aceptará un diagnóstico clínico siempre que concuerde con los estándares médicos profesionales.

- **Parálisis cerebral:** La parálisis cerebral es un defecto neurológico no progresivo que afecta el control muscular y se caracteriza por espasticidad y falta de coordinación de los movimientos. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de parálisis cerebral realizado por un profesional médico calificado.
- **Labio o paladar leporino:** El labio leporino es una abertura o brecha angosta en la piel del labio superior que se extiende hasta la base de la nariz, incluidos el labio leporino unilateral y bilateral. El paladar leporino es una abertura entre el techo de la boca y la cavidad nasal. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de labio o paladar leporino realizado por un médico antes o después del nacimiento con vida.
- **Coma:** El coma es un estado de inconsciencia sin reacción a estímulos externos o necesidades internas, que requiere el uso de sistemas de soporte vital y causa un déficit neurológico permanente, con síntomas clínicos persistentes en forma continua durante al menos 96 horas. **No incluye:**

- (a) coma por abuso de alcohol o drogas;
- (b) estado vegetativo persistente o
- (c) coma inducido médicamente.

Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de coma realizado por un médico.

- **Fibrosis quística:** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de fibrosis quística realizado por un profesional médico calificado, basado en exámenes de diagnóstico efectuados antes o después del nacimiento con vida.
- **Sordera:** La sordera es la pérdida permanente e irreversible de la audición en ambos oídos al punto que la pérdida es mayor que 70 decibeles en todas las frecuencias, medida con una

audiometría de tonos puros. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de sordera realizado por un médico.

- **Síndrome de Down:** El síndrome de Down es un trastorno congénito que surge de un defecto cromosómico que involucra al cromosoma 21, causando deterioro intelectual, anomalías físicas y retrasos en el desarrollo. Síndrome de Down incluye, entre otros:
 - (a) Trisomía 21: una persona tiene tres cromosomas 21 en vez de dos;
 - (b) Translocación: una parte extra del cromosoma 21 está unida a otro cromosoma o
 - (c) Mosaicismo: una persona tiene un cromosoma 21 extra en solo algunas de sus células, pero no en todas. Las otras células tienen el par normal de cromosomas 21.

Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de Síndrome de Down realizado mediante el estudio del cromosoma 21, antes o después del nacimiento con vida.

- **Ataque cardíaco:** es la muerte del músculo cardíaco como resultado de una condición cardíaca primaria, debida al suministro inadecuado de sangre, que causó las dos evidencias siguientes de infarto agudo de miocardio certificado por un médico:
 - (a) nuevos cambios electrocardiográficos característicos y
 - (b) aumento característico de las enzimas cardíacas o troponinas, registrado en los siguientes niveles o superiores:
troponina T > 1.0 ng/ml, AccuTnI > 0.5 ng/ml.

No incluye un ataque cardíaco que ocurre durante una cirugía que no es cardíaca.

Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de ataque cardíaco realizado por un profesional médico calificado.

Ataque cardíaco cubierto:

- Infarto de miocardio o
- Paro cardíaco repentino.

Infarto de miocardio es la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de la obstrucción de una o más arterias coronarias debido a arteriosclerosis, espasmo, trombo o embolia. Infarto de miocardio no incluye el paro cardíaco repentino.

Paro cardíaco repentino es la pérdida repentina e inesperada de la función cardíaca, la respiración o la conciencia que se produce cuando el corazón deja de latir en forma repentina e inesperada debido a un trastorno eléctrico interno, lo que da como resultado que un médico declare muerta a una persona cubierta.

Ocurre u Ocurrencia con respecto a un ataque cardíaco cubierto, significa que se le diagnostica dicha afección cubierta a una persona cubierta mientras la cobertura está vigente bajo este certificado. Se considerará que un ataque cardíaco cubierto ocurre en la fecha en que se realiza dicho diagnóstico.

- **Pérdida del habla:** Pérdida del habla es la pérdida total, permanente e irreversible de la capacidad de hablar como resultado de una lesión o enfermedad física. Incluye la pérdida del habla debido a una cirugía o al tratamiento médico de una enfermedad. **No incluye la pérdida del habla debido a un derrame cerebral o**

cáncer con beneficio total. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de pérdida del habla realizado por un médico.

- **Insuficiencia de un órgano principal:** Insuficiencia de un órgano principal es el fallo irreversible de un órgano principal debido a una enfermedad terminal, cuyo resultado es la necesidad de ser colocado en una lista de espera para trasplante de órganos. Se entiende como órgano principal el corazón, el hígado, los pulmones, el páncreas o la médula ósea. Se entiende por enfermedades terminales una enfermedad cardíaca terminal, enfermedad hepática terminal, enfermedad pulmonar terminal, insuficiencia total del páncreas o insuficiencia importante de la médula ósea. La insuficiencia de más de un órgano principal debido a una enfermedad terminal se considera insuficiencia de un solo órgano principal, a fin de determinar los beneficios por enfermedad crítica bajo este plan.

La prueba de reclamación por insuficiencia de un órgano principal debe mostrar:

- (1) evidencia médica de un diagnóstico definitivo de insuficiencia de un órgano principal realizado por un médico y
 - (2) aprobación para participar en la lista de espera trasplante de órganos o aprobación para el trasplante de médula ósea o células madre.
- **Esclerosis múltiple:** Esclerosis múltiple es el deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de, al menos, seis meses. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple realizado por un profesional médico calificado.
 - **Parálisis de las extremidades:** La parálisis de las extremidades es la pérdida total e irreversible de la función muscular del total de cualquiera de dos extremidades. **No incluye parálisis de las extremidades por derrame cerebral.** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de parálisis de las extremidades, realizado por un médico.
 - **Parkinson:** El Parkinson implica el deterioro clínico permanente de la función motora asociado con temblores, rigidez de movimientos e inestabilidad postural. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de Parkinson realizado por un profesional médico calificado.
 - **Insuficiencia renal (riñón):** La insuficiencia renal es el fallo crónico y terminal (irreversible) de ambos riñones para funcionar cuyo resultado es la necesidad de diálisis regular por un período de, al menos, tres meses. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de insuficiencia renal realizado por un médico.

- **Enfermedad coronaria grave:** Enfermedad coronaria grave es:

- (1) el bloqueo de más del 50% de la arteria coronaria izquierda principal;
- (2) el bloqueo de más del 70% de la arteria coronaria proximal anterior izquierda
o
- (3) el bloqueo de más del 50% en tres de las siguientes arterias: arteria descendente anterior izquierda, la arteria circunfleja izquierda y la arteria coronaria derecha.

Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de enfermedad coronaria grave realizado por un profesional médico calificado.

- **Espina bífida:** La espina bífida es un defecto congénito en el que parte de la médula espinal y sus meninges están expuestas a través de una brecha en la columna vertebral e incluye meningocele o mielomeningocele, pero no incluye el diagnóstico de espina bífida oculta. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de espina bífida realizado por un médico, antes o después del nacimiento con vida.

- **Derrame cerebral:** El derrame cerebral es la muerte de tejido cerebral debido a un suministro sanguíneo inadecuado o una hemorragia dentro del cráneo, cuyo resultado es un déficit neurológico permanente e importante, con síntomas clínicos persistentes. **No incluye ataque isquémico transitorio ("TIA").** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de derrame cerebral realizado por un profesional médico calificado.
- **Lupus eritematoso sistémico:** Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de lupus eritematoso sistémico realizado por un profesional médico calificado, cuyo resultado es uno de los siguientes:
 - (a) déficit neurológico permanente con síntomas clínicos persistentes o
 - (b) deterioro permanente de la función renal, de modo que la velocidad de filtrado glomerular calculada es menos de 30 ml/min., medida en dos ocasiones distanciadas un mes.
- **Quemaduras de tercer grado:** Una quemadura de tercer grado es una quemadura que cubre el 20% de la superficie del cuerpo o 50% de la superficie de la cara y requiere injertos de piel. Como prueba de reclamación, se requiere evidencia médica de un diagnóstico definitivo de quemadura de tercer grado realizado por un médico.

Consulte las definiciones de beneficios para obtener una definición de cada enfermedad crítica.

A. BENEFICIOS

Los beneficios por enfermedad crítica se pagan solo si:

- (1) a la persona se le diagnostica una enfermedad crítica mientras tiene cobertura; y
- (2) ese diagnóstico ocurre durante la vida de la persona cubierta.

No todas las enfermedades críticas están cubiertas. Vea a continuación las enfermedades críticas que no están cubiertas.

Monto del beneficio que se paga la primera vez que ocurre: El monto que se paga por la primera vez que ocurre una enfermedad crítica depende del tipo de enfermedad crítica, tal como se muestra a continuación.

Enfermedad crítica:	Porcentaje que se paga del monto de seguro o del beneficio de una persona
Tumor cerebral benigno.....	100%
Ceguera.....	100%
Parálisis cerebral	100%
Labio o paladar leporino	100%
Coma	100%
Fibrosis quística	100%
Sordera.....	100%
Síndrome de Down	100%
Cáncer - Beneficio total	100%
Ataque cardíaco.....	100%
Pérdida del habla	100%
Insuficiencia de un órgano principal	100%
Parálisis de las extremidades	100%
Insuficiencia renal (riñón).....	100%
Enfermedad coronaria grave	100%
Espina bífida	100%
Derrame cerebral.....	100%
114774 CRI 1018CA (según modificación en el 114774 CERTIFICADO FINAL 5008)	CRI R 5125 (97000-81)

Quemaduras de tercer grado.....	100%
Alzheimer	50%
Cáncer - Beneficio parcial que no sea cáncer de piel	50%
Parkinson	50%
Esclerosis múltiple	25%
Lupus eritematoso sistémico	25%
Cáncer - Beneficio parcial, cáncer de piel	\$250

Monto del beneficio que se paga por recurrencia de una enfermedad crítica que no sea cáncer de piel con beneficio parcial: el monto que se paga por la recurrencia de una enfermedad crítica que no es cáncer de piel con beneficio parcial, es del 100% del monto que se le pagó a la persona por la primera vez que ocurrió dicha enfermedad.

Una recurrencia de una enfermedad crítica que no sea cáncer de piel significa que:

- (1) un médico diagnostica positivamente que una persona tiene una ocurrencia adicional o recurrencia de una enfermedad crítica, que no sea cáncer de piel, por la que se le paga un beneficio bajo esta cobertura y
- (2) la fecha del diagnóstico de la ocurrencia adicional o recurrencia es más de 90 días después de recibir el último tratamiento médico por la ocurrencia anterior.

Monto del beneficio que se paga por recurrencia de cáncer de piel con beneficio parcial: El monto que se paga por una recurrencia de cáncer de piel con beneficio parcial es de \$250, sujeto al límite anual para cáncer de piel con beneficio parcial.

Tener una recurrencia de cáncer de piel significa que un médico diagnostica positivamente que una persona tiene una ocurrencia adicional o recurrencia de cáncer de piel con beneficio parcial, por el que se le pagó un beneficio bajo esta cobertura.

Límite anual para cáncer de piel: \$250 por año calendario para cada persona cubierta.

B. ENFERMEDADES CRÍTICAS NO CUBIERTAS.

Una enfermedad crítica no está cubierta si fue causada por alguna de las siguientes opciones:

- (1) Intento de suicidio, mientras está en su sano juicio o no.
- (2) Lesiones autoinfligidas de forma intencional o cualquier intento de autolesionarse.
- (3) Guerra o cualquier acto de guerra. "Guerra" significa guerra declarada o no declarada e incluye resistencia a la agresión armada.
- (4) Viaje o vuelo en cualquier vehículo utilizado para navegación aérea. Esto (4) no se aplica si una persona es un pasajero que pagó su pasaje en una nave aérea matriculada proporcionado por una empresa de transporte común en una ruta programada con regularidad.
- (5) La comisión de un delito por el cual ha sido condenado conforme a la ley estatal o federal.
- (6) Estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, a menos que se haya administrado por consejo de un médico.

Las reglas para reclamaciones se aplican al pago de los beneficios.

Beneficios adicionales de la cobertura por enfermedad crítica

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Bajo esta cobertura se puede pagar un beneficio adicional. Dicho beneficio se paga además de cualquier otro beneficio que se pague bajo esta cobertura. El beneficio máximo de por vida de una persona cubierta por esta cobertura no será reducido por el monto de ningún beneficio adicional pagadero bajo esta parte de la cobertura. A continuación, se muestran las condiciones adicionales que corresponden a un beneficio adicional. Un beneficio adicional se paga solo si se cumplen aquellas condiciones.

A. BENEFICIO POR BIENESTAR.

Este beneficio adicional por bienestar paga por un examen de salud de una persona cubierta, cuando se presenta una prueba, solo si la persona cubierta se somete a uno de los siguientes exámenes de salud o a cualquier examen oncológico aceptado desde el punto de vista médico, mientras no está internada en un hospital:

- chequeo de salud de rutina,
- biopsias por cáncer,
- panel de química sanguínea,
- análisis de sangre para determinar el colesterol total,
- análisis de sangre para determinar triglicéridos,
- examen de médula osea,
- resonancia magnética mamaria,
- ultrasonido de mamas,
- ecografía de mamas,
- examen de sangre para detectar el antígeno 15-3 para cáncer de mama (CA 15-3),
- examen de sangre para detectar el antígeno 125 para cáncer de ovario (CA 125),
- examen de sangre para detectar antígeno carcinoembrionario para cáncer de colon (CEA),
- Doppler carotídeo,
- radiografías de tórax,
- examen testicular clínico,
- colonoscopia,
- recuento sanguíneo completo (CBC),

- examen rectal digital (DRE),
- Doppler para detectar cáncer,
- Doppler para detectar enfermedad vascular periférica,
- ecocardiograma,
- electrocardiograma (ECG),
- electroencefalograma (EEG),
- endoscopia,
- prueba de glucosa en sangre en ayunas,
- prueba de glucosa en plasma en ayunas,
- sigmoidoscopia flexible,
- muestra para hemocultivo de heces,
- hemoglobina A1C,
- vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV),
- vacunación,
- panel lipídico,
- examen de cáncer en la boca,
- Papanicolaou o preparado delgado,
- examen de antígeno prostático específico (PSA),
- prueba de colesterol sérico para determinar los niveles de LDL y HDL,
- electroforesis proteica en suero,
- biopsia de cáncer de piel,
- examen de cáncer de piel,
- examen de la piel,
- ergometría en bicicleta o trotadora,
- completar con éxito el programa para dejar de fumar,
- termografía,
- prueba de glucosa en plasma dos horas después de la carga,
- ultrasonido para la detección de cáncer,
- ultrasonido de la aorta abdominal para detectar aneurismas,

- colonoscopia virtual

Monto que se paga por el beneficio por bienestar: el monto adicional que se paga se muestra en el programa de beneficios.

Límites del beneficio por bienestar: El beneficio por bienestar no se paga por una prueba si se pagan por esa misma prueba en otra sección de este certificado.

Límite diario del beneficio por bienestar: El beneficio por bienestar está limitado al pago de un beneficio por persona cubierta, por día.

Límite anual del beneficio por bienestar: El beneficio por bienestar está limitado al pago de un beneficio por año calendario, por cada persona cubierta.

B. BENEFICIO POR EVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (NCI)

Este beneficio adicional por evaluación del NCI paga beneficios para la evaluación o consulta de la persona cubierta en un centro oncológico designado por el NCI, solo si se cumplen estas dos condiciones:

- (1) La persona cubierta está buscando realizar una evaluación o consulta por haber sido diagnosticada con cáncer.
- (2) El propósito de la evaluación o consulta es determinar el tratamiento adecuado.

Monto que se paga por el beneficio por evaluación del NCI: el monto adicional que se paga se muestra en el programa de beneficios.

Límite de por vida del beneficio por evaluación del NCI: el beneficio por evaluación del NCI se paga una sola vez durante la vida de cada persona cubierta.

C. BENEFICIO DE TRANSPORTE.

Este beneficio adicional por transporte paga por los gastos de transporte asociados con los viajes de ida y vuelta de la persona cubierta, entre su residencia primaria y el hospital o centro médico, solo se cumplen si estas dos condiciones:

- (1) La persona cubierta necesita viajar al hospital o centro médico para recibir tratamiento por una enfermedad crítica.
- (2) El hospital o centro médico está a más de 50 millas de la residencia principal de la persona cubierta.

Montos a pagar por el beneficio de transporte: el monto adicional que se paga se muestra en el programa de beneficios.

Límite anual del beneficio por transporte: El beneficio por transporte se limita a un pago del beneficio por año calendario para cada persona cubierta que reciba tratamiento durante la visita.

C. BENEFICIO DE ALOJAMIENTO

Este beneficio adicional de alojamiento paga por los gastos de alojamiento de la persona cubierta, solo si se cumplen todas estas condiciones:

- (1) La persona cubierta necesita pasar la noche en un hospital o centro médico para recibir tratamiento por una enfermedad crítica.
- (2) El hospital o centro médico está a más de 75 millas de la residencia principal de la persona cubierta.
- (3) El alojamiento ocurre no más de 24 horas antes de recibir el tratamiento y no más de 24 horas después de recibirlo.

Monto a pagar por el beneficio de alojamiento: el monto adicional que se paga se muestra en el programa de beneficios.

Límite anual del beneficio de alojamiento: El beneficio de alojamiento se limita a 60 días por año calendario para cada persona cubierta que recibe tratamiento durante esa visita.

Cuándo finaliza su seguro

SEGURO DEL EMPLEADO Y DEPENDIENTES

Su seguro del empleado bajo la cobertura o su seguro de dependientes bajo la cobertura finalizará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

- Su membresía en las clases cubiertas para el seguro finaliza porque su empleo termina (ver a continuación) o por cualquier otra razón.
- Su clase fue eliminada de las clases cubiertas por el seguro.
- La fecha del contrato grupal que proporciona el seguro finaliza.
- Usted cumple 100 años.
- Usted muere.
- Para el seguro contributivo bajo esta cobertura, usted no paga el aporte necesario cuando llega el vencimiento. Pero, si el seguro del empleado es contributivo, el no pagar el aporte del seguro de dependientes no hará que finalice su seguro para empleados.
- El seguro es seguro de dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.

Su seguro de dependientes para un dependiente calificado bajo la cobertura, finalizará cuando esa persona deje de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados a continuación).

Fin del empleo: Para el seguro su empleo finalizará cuando haya dejado de ser un empleado de tiempo completo en actividad laboral para el empleador. Pero, bajo los términos del contrato grupal, el empleador puede considerar que usted sigue estando empleado de tiempo completo en las clases cubiertas durante determinados tipos de ausencias. Esto está sujeto a los límites de tiempo u otras condiciones establecidas en el contrato grupal.

Su empleo en las clases cubiertas no se considerará finalizado mientras se ausenta del trabajo debido a una licencia para la cual es necesario que el seguro continúe conforme a la Ley federal sobre familia y licencias médicas de 1993 o una ley estatal que exija una continuación similar, tal como el empleador se lo informe a Prudential.

Si deja de trabajar a tiempo completo por alguna razón, debe comunicarse de inmediato con el empleador para determinar qué arreglos, si los hubiera, se han hecho para que continúe con su seguro.

Cobertura continuada de hijos incapacitados: corresponde solo para el seguro de dependientes que tiene para un hijo bajo esta cobertura. El seguro del hijo no finalizará cuando llegue a la fecha de edad límite en la definición de dependiente calificado, si estas dos situaciones son verdaderas:

- (1) El hijo está mental o físicamente incapacitado para ganarse la vida. Prudential debe recibir prueba de esto dentro de los siguientes 31 días.
- (2) De lo contrario, el hijo cumple con la definición de dependiente calificado.

Si se cumplen estas condiciones, la edad límite no causará que el hijo deje de ser un dependiente calificado bajo esta cobertura. Esto se aplicará siempre y cuando el hijo permanezca incapacitado.

Continuación del seguro mientras está ausente del trabajo debido a una disputa laboral: Estas disposiciones solo se aplican si el empleador paga alguna parte de la prima del seguro bajo la cobertura, conforme a los términos de un convenio colectivo vigente. Se aplica cuando el seguro bajo cobertura de su empleado o su empleado y dependientes finalizaría por alguna causa en algún momento debido a que se ausenta del trabajo debido a una disputa laboral. Su seguro bajo la cobertura no finalizará en dicha fecha. Continuará durante esa ausencia del trabajo a partir de la fecha en que hubiera finalizado hasta que ocurra la primera de las siguientes opciones:

- (1) Fin del período de seis meses inmediatamente posteriores al primer día de su ausencia del trabajo.
- (2) La fecha en que queda contratado activamente a tiempo completo por otro empleador.
- (3) El primer día en que usted no paga el aporte necesario, cuando llega el vencimiento, para que el seguro continúe. Su aporte no será más que la prima que corresponde a su clase cubierta el primer día en que se ausenta del trabajo.
- (4) El primer día que la entidad responsable de cobrar los aportes de los empleados no paga, cuando llega el vencimiento, la prima necesaria para que el seguro continúe.
- (5) La parte del contrato grupal que proporciona el seguro finaliza.

Continuación de la cobertura a su opción:

Su cobertura se vuelve portable y usted puede elegir si continúa la cobertura para usted y sus dependientes calificados, siempre y cuando se cumplan todas estas condiciones:

- (1) La cobertura para usted y sus dependientes calificados bajo el contrato grupal terminaría porque:
 - (a) Terminó su empleo por una razón que no es mala conducta o
 - (b) se redujeron sus horas de trabajo.
- (2) Ha estado asegurado de forma continua bajo el contrato grupal y/o el plan anterior de su empleador durante, al menos, 30 días, justo antes del día en que finalizó su empleo o que se redujeran sus horas de trabajo.

Puede mantener la cobertura que tenía a la fecha en que dejó de trabajar o se redujeron sus horas de trabajo.

Su empleador le dará o le enviará por correspondencia una notificación con sus derechos para continuar la cobertura. La notificación declarará la cantidad de pagos necesarios para la cobertura portable y la forma en que deberá realizarlos.

Si desea continuar la cobertura, debe completar la notificación de elección y devolverla a su empleador, junto con el primer pago obligatorio a más tardar:

- (1) el día treinta y uno después de que la cobertura hubiera terminado y
- (2) el día quince después de recibir la notificación informándole de su derecho a continuar la cobertura. Pero en ningún caso puede elegir si no solicitó la continuación de la cobertura y realizó el primer pago antes de los noventa y dos días después de dejar de estar cubierto.

De hacerlo, la cobertura portable continuará a partir de la fecha en que hubiera terminado y hasta que suceda lo primero de estas tres opciones:

- (1) Usted cumple 100 años.
- (2) Usted muere.
- (3) Al llegar el vencimiento, no realiza el pago necesario para continuar la cobertura. Pero el no pagar el aporte para el seguro de dependientes no hará que finalice su seguro para empleados.
- (4) El seguro es seguro para dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- (5) Usted quedará cubierta bajo cualquier otro plan grupal por enfermedad crítica.

Su seguro de dependientes para dependientes calificados bajo la cobertura continuada finalizará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

- (1) El dependiente calificado alcanza el máximo de por vida del beneficio para ese dependiente calificado.
- (2) Esa persona deja de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados más arriba).

Mientras se continúe la cobertura por enfermedad crítica bajo esta parte, se aplicarán todos los demás términos del contrato grupal, a excepción de:

- (1) Su monto de seguro no puede superar el 100% de su monto del seguro bajo el contrato grupal en el momento en que la cobertura hubiera finalizado, pero no menos de \$10,000. El monto del seguro de cada dependiente no puede superar el monto del seguro de dependientes bajo el contrato grupal al momento en que la cobertura hubiera terminado.
 - (2) No se puede aumentar el monto del seguro bajo la cobertura continuada.
 - (3) No se puede aumentar el monto del seguro de cada dependiente bajo la cobertura continuada.
 - (4) Una vez que la cobertura se continúa bajo esta parte, no se pueden aplicar otras disposiciones de continuación, excepto por las disposiciones mencionadas para la cobertura continuada de hijos incapacitados.
-

Información general

A. REGLAS PARA RECLAMACIONES

Estas reglas se aplican al pago de beneficios bajo la cobertura.

Aviso de reclamación: Se debe enviar un aviso de reclamación por escrito a Prudential dentro de los 20 días posteriores al suceso o del inicio de cualquier pérdida cubierta por el contrato grupal, tan pronto como sea razonablemente posible. Una notificación enviada a Prudential por la persona cubierta o en su nombre a Voluntary Benefit Services, P.O. Box 696035, San Antonio, TX 78269-6035, o a cualquier agente autorizado de Prudential, con información suficiente para identificar a la persona cubierta, se considerará enviada.

Formularios de reclamación: Al recibir un aviso de reclamación, Prudential le proporcionará al reclamante los formularios habituales que se utilizan para presentar las pruebas de pérdidas. Si dichos formularios no se entregan dentro de los 15 días posteriores al aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos del certificado de este seguro grupal en cuanto a la presentación de la prueba de pérdida, dentro del plazo fijado en el certificado del seguro grupal para dicha presentación, prueba escrita del suceso, el carácter y el alcance de la pérdida por la que se presenta la reclamación.

Use un formulario de reclamación y siga las instrucciones que aparecen en el mismo.

Si no tiene un formulario de reclamación, comuníquese con su empleador o solicítenos el formulario de reclamación a nosotros. Si no recibe el formulario dentro de los 15 días de su solicitud, envíe a Prudential prueba escrita de la reclamación sin esperar el formulario.

Prueba de pérdida: Se debe enviar una prueba escrita de la pérdida a Prudential dentro de los 90 días de la fecha en que se produjo dicha pérdida. Si no se presenta dentro del plazo requerido, no se invalidará ni reducirá ninguna reclamación en caso de que no haya sido posible presentar la prueba dentro de lo razonable y que se presente lo antes posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más allá de un año a partir del momento en que se requiere dicha prueba.

Momento de pago de las reclamaciones: Prudential pagará los beneficios inmediatamente después de recibir prueba escrita de la pérdida.

Pago de reclamaciones: los beneficios por enfermedad crítica se le pagan a usted. Los beneficios que no se hubieran pagado al momento de su muerte se pagarán al primero de los siguientes: (a) su cónyuge o pareja doméstica registrada sobreviviente, (b) sus hijos sobrevivientes en partes iguales, (c) sus padres sobrevivientes en partes iguales, (d) sus hermanos sobrevivientes en partes iguales, (e) su patrimonio.

Exámenes físicos: Prudential, a su costa, tiene el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cubierta por la cual se realiza la reclamación. Prudential puede hacerlo cuando y con la frecuencia que sea razonablemente necesario mientras la reclamación esté en trámite.

Acciones legales: No se emprenderá ninguna acción de derecho o de equidad para cobrar sobre este certificado de seguro grupal antes del vencimiento de los 60 días posteriores a la presentación de la prueba escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de este certificado de seguro grupal. No se emprenderá ninguna acción de este tipo después del vencimiento de los tres años posteriores a la fecha en que se debía presentar la prueba escrita de la pérdida.

B. TIEMPO LÍMITE EN CIERTAS DEFENSAS

Después de dos años de la fecha de emisión de este certificado de seguro grupal, sin declaraciones erróneas, excepto por declaraciones fraudulentas hechas por la persona en la solicitud de la cobertura, se utilizará para anular la cobertura o rechazar una reclamación por pérdida sufrida después del vencimiento del plazo de dos años.

C. PAGO DE PRIMAS - PERÍODO DE GRACIA

Usted debe pagarle las primas al titular del contrato. Cada prima se debe pagar en la fecha indicada.

Fecha de pago de la prima: La primera prima vence en la fecha en que usted queda asegurado bajo el contrato grupal. Las primas subsiguientes vencen en forma semestral. Pero, si lo solicita por escrito, puede elegir pagarlas en forma mensual, trimestral, anual o volver al pago semestral. La fecha de pago de cada prima siguiente es el primer día de cada período de pago subsiguiente.

Período de gracia: Puede pagar cada prima, que no sea la primera, dentro de los 31 días de la fecha de pago, sin que se le cobren intereses. Esos días se conocen como período de gracia.

Si no paga alguna de las primas necesarias para un seguro del contrato grupal al final de su período de gracias, su seguro finalizará cuando termina el período de gracia. Usted es responsable de pagarle las primas al titular del contrato mientras su seguro está vigente.

D. RESTITUCIÓN

Si su seguro finaliza porque no pagó alguna de las primas al terminar el período de gracia, puede ser elegible para restituir el seguro siempre que se cumplan estas reglas:

- (1) debe solicitar la restitución dentro de los 180 días de la fecha de la primera prima impaga;
- (2) debe pagar todas las primas vencidas y
- (3) si solicita la restitución más de 60 días después de terminado el período de gracia, debe completar una solicitud de restitución con certificado de buena salud.

Si Prudential aprueba su solicitud, la restitución entrará en vigencia el primer día del mes que coincide con la fecha de aprobación o el siguiente.

Las disposiciones de irrefutabilidad se aplicarán a partir de la fecha de entrada en vigencia de la restitución.

ENDOSO DEL CERTIFICADO A UN CONTRATO GRUPAL

Contrato grupal N.º: GC-97000-CA

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Se adjunta el endoso de este certificado y forma parte del contrato grupal. El certificado de su seguro grupal por enfermedad crítica ha cambiado de la siguiente manera:

- Las siguientes **enfermedades críticas** se agregan a la lista por las que se pagan beneficios bajo la cobertura por enfermedad crítica de su certificado de seguro grupal:
 - (1) Autismo
 - (2) Diabetes juvenil Tipo 1
 - (3) Mamografía
 - (4) Deficiencia de fenilalanina hidrolasa (PKU)
 - (5) Paro cardíaco repentino

Enfermedad crítica:	Monto del seguro o
Se paga	Monto del beneficio
Autismo.....	\$3,000
Diabetes juvenil Tipo 1	100%
Mamografía	\$200
Deficiencia de fenilalanina hidrolasa (PKU)	100%
Paro cardíaco repentino	100%

- Las páginas **Definiciones de beneficios** del certificado de su seguro grupal se modifican de la siguiente manera:

(1) **Autismo:** El trastorno del espectro autista es un trastorno biológico del neurodesarrollo caracterizado por el deterioro de dos dominios principales:

- Déficit en la comunicación y la interacción social y
- Patrones de conducta, intereses y actividades restringidos y repetitivos.

Un médico debe diagnosticar el trastorno del espectro autista e incluir un especificador del nivel de gravedad para los dos dominios principales enumerados arriba.

(2) **Diabetes juvenil Tipo 1:** Diabetes Tipo 1 es una forma de diabetes mellitus que causa la deficiencia total de insulina de un hijo dependiente junto con la dependencia continua de insulina exógena para mantener la vida. Un médico/profesional médico calificado debe diagnosticar la diabetes Tipo 1 en función de las siguientes pruebas de diagnóstico:

- Análisis de hemoglobina glucosilada (A1C)
- Análisis aleatorio de azúcar en sangre
- Análisis de azúcar en sangre en ayunas

(3) **Beneficio por mamografía:** Pagaremos el monto indicado en el Programa de beneficios por mamografías realizadas mientras la cobertura de la asegurada está vigente. Este beneficio se paga como sigue:

- a) Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años inclusive.
- b) Una mamografía para mujeres de entre 40 y 49 años inclusive, cada dos años o con mayor frecuencia en función de la recomendación del médico de la mujer.
- c) Una mamografía por año para mujeres de 50 años o más.

(4) **Deficiencia de fenilalanina hidrolasa (PKU):** La deficiencia de fenilalanina hidrolasa (PKU) es un trastorno genético autosómico recesivo metabólico caracterizado por mutaciones homocigóticas o de compuestos heterocigóticos en el gen de la enzima hepática fenilalanina hidroxilasa (PAH), lo que la convierte en no funcional. Un médico/profesional médico calificado debe diagnosticar esta enfermedad basada en un análisis de PKU.

(5) **Paro cardíaco repentino:** El paro cardíaco repentino es la pérdida repentina e inesperada de la función cardíaca en la que el corazón deja de funcionar en forma abrupta y sin advertencia como resultado de un mal funcionamiento del sistema eléctrico interno del corazón debido a una enfermedad coronaria, una cardiomiopatía o a hipertensión. El paro cardíaco repentino no es un ataque cardíaco (infarto de miocardio). El beneficio por paro cardíaco repentino no se paga si es causado por o contribuye a él un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

- Las lista de exámenes de salud bajo el **Beneficio por bienestar** de los **Beneficios adicionales de la cobertura por enfermedad crítica** del certificado de su seguro grupal se modificaron y ahora incluyen lo siguiente:

(1) Examen para detectar cáncer

- Medición de la densidad ósea (DEXA, DXA)
- CT espiral (pulmones)
- Estudio citológico
- Análisis de ADN en heces
- Análisis de VIH vía ácido nucleico

- La parte **Dependientes calificados** de la sección **Quién es elegible para ser asegurado** se revisó de la siguiente manera:

Pareja doméstica: Una pareja doméstica (del mismo sexo o del opuesto) registrada en el Estado de California o una sociedad equivalente de manera sustancial, establecida en otra jurisdicción, es una pareja doméstica a los fines de los beneficios de la UC. Una pareja doméstica (del mismo sexo o del opuesto) que no ha sido registrada en el Estado de California o no es una sociedad equivalente de manera sustancial, establecida en otra jurisdicción, debe cumplir con los siguientes criterios para ser una pareja doméstica a los fines de los beneficios de la UC:

- a) Las partes deben ser la única pareja doméstica del otro en una relación comprometida y a largo plazo y deben tener la intención de seguir así por tiempo indefinido.
- b) Ninguna de las partes puede estar casada legalmente o se pareja en otra relación doméstica.
- c) Las partes no deben estar relacionadas entre sí por sangre en un grado que impediría el casamiento según la ley del estado en el que reside el empleado.
- d) Ambas partes deben tener al menos 18 años de edad y poder dar su consentimiento a la relación.
- e) Las partes deben ser económicamente independientes.
- f) Las partes deben compartir la residencia común.

- La lista de SEGURO DEL EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES de la sección **Cuándo finaliza su seguro** de su certificado de seguro grupal, se modifica y ahora incluye lo siguiente:
 - Usted renuncia a su cobertura
- La parte **Continuación de la cobertura a su opción** de la sección **Cuándo finaliza su cobertura** del certificado de su seguro grupal se revisó de la siguiente manera:

Su cobertura se vuelve portable y usted puede elegir si continúa la cobertura para usted y sus dependientes calificados, siempre y cuando se cumplan todas estas condiciones:

(1) La cobertura para usted y sus dependientes calificados bajo el contrato grupal terminaría porque:

- (a) Terminó su empleo por una razón que no es mala conducta o
- (b) se redujeron sus horas de trabajo.

(2) Ha estado asegurado de forma continua bajo el contrato grupal y/o el plan anterior de su empleador durante, al menos, 30 días, justo antes del día en que finalizó su empleo o que se redujeran sus horas de trabajo.

Puede mantener la cobertura que tenía a la fecha en que dejó de trabajar o se redujeron sus horas de trabajo.

Prudential le dará o le enviará por correo una notificación con sus derechos para continuar la cobertura. La notificación declarará la cantidad de pagos necesarios para la cobertura portable y la forma en que deberá realizarlos.

Si desea continuar la cobertura, debe completar la notificación de elección y devolverla a Prudential, junto con el primer pago obligatorio a más tardar:

- (1) el día treinta y uno después de que la cobertura hubiera terminado y
- (2) el día quince después de recibir la notificación informándole de su derecho a continuar la cobertura. Pero en ningún caso puede elegir si no solicitó la continuación de la cobertura y realizó el primer pago antes de los noventa y dos días después de dejar de estar cubierto.

De hacerlo, la cobertura portable continuará a partir de la fecha en que hubiera terminado y hasta que suceda lo primero de estas tres opciones:

- (1) Usted cumple 100 años.
- (2) Alcanza el máximo de por vida de su beneficio.
- (3) Usted muere.
- (4) Al llegar el vencimiento, no realiza el pago necesario para continuar la cobertura. Pero el no pagar el aporte para el seguro de dependientes no hará que finalice su seguro para empleados.
- (5) El seguro es seguro para dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- (6) Usted quedará cubierta bajo cualquier otro plan grupal por enfermedad crítica.

Su seguro de dependientes para dependientes calificados bajo la cobertura continuada finalizará cuando ocurra la primera de las siguientes opciones:

- (1) El dependiente calificado alcanza el máximo de por vida del beneficio para ese dependiente calificado.
- (2) Esa persona deja de ser un dependiente calificado para la cobertura. Un cónyuge o pareja doméstica dejará de ser un dependiente calificado a los 100 años. (Consulte la cobertura continuada de hijos incapacitados más arriba).

Mientras se continúe la cobertura por enfermedad crítica bajo esta parte, se aplicarán todos los demás términos del contrato grupal, a excepción de:

- (1) Su monto de seguro no puede superar el 100% del monto del seguro bajo el contrato grupal en el momento en que la cobertura hubiera finalizado, pero no menos de \$10,000. El monto del seguro de cada dependiente no puede superar el monto del seguro de dependientes bajo el contrato grupal al momento en que la cobertura hubiera terminado.
- (2) No se puede aumentar el monto del seguro bajo la cobertura continuada.
- (3) No se puede aumentar el monto del seguro de cada dependiente bajo la cobertura continuada.
- (4) Una vez que la cobertura se continúa bajo esta parte, no se pueden aplicar otras disposiciones de continuación, excepto por las disposiciones mencionadas para la cobertura continuada de hijos incapacitados.

- La disposición sobre el **Seguro continuado por enfermedad crítica de dependientes a opción de su cónyuge o pareja doméstica después de su muerte** se agrega de la siguiente manera:

Si un empleado muere mientras está cubierto por este certificado y su cónyuge también está asegurado bajo este plan en el momento de su muerte, entonces el cónyuge sobreviviente puede elegir convertirse en el asegurado principal por el monto nominal actual del cónyuge. Esto incluiría la continuación de la cobertura de los hijos dependientes que esté vigente en ese momento.

Para convertirse en el asegurado principal y mantener vigente la cobertura, el cónyuge sobreviviente debe:

- Notificar por escrito a la compañía dentro de los 31 días posteriores a la fecha de la muerte del empleado y
- Pagar a la compañía la prima requerida a más tardar 31 días después de la fecha de la muerte del empleado y, después de eso, a la fecha de vencimiento de cada una.

Si el certificado no cubre al cónyuge sobreviviente, finalizará en la fecha de vencimiento de la siguiente prima después de la muerte del empleado.

- La disposición sobre **Pago de reclamaciones** se revisó de la siguiente manera:
 - (1) Si usted no está con vida, los beneficios que no se hubieran pagado al momento de su muerte se pagarán al beneficiario designado que tengamos en archivo. Si no ha designado beneficiarios, los beneficios se pagarán al primero de los siguientes: (a) su cónyuge o pareja doméstica registrada sobreviviente, (b) sus hijos sobrevivientes en partes iguales, (c) sus padres sobrevivientes en partes iguales, (d) sus hermanos sobrevivientes en partes iguales, (e) su patrimonio.
 - (2) Si usted no está vivo, los beneficios por las pérdidas de un dependiente se le pagarán a su cónyuge o pareja doméstica, si está viva.

(3) Si ni su cónyuge o su pareja doméstica está viva, entonces los beneficios por las pérdidas de un cónyuge o pareja doméstica se le pagarán al patrimonio de su cónyuge o pareja doméstica.

(4) Si ni usted ni su cónyuge o pareja doméstica están vivos, entonces los beneficios por las pérdidas de un hijo dependiente calificado se le pagarán al hijo que sufrió la pérdida. Si ese hijo dependiente calificado no está vivo, los beneficios se le pagarán al patrimonio del hijo.

Todas las demás disposiciones del certificado de su seguro grupal permaneces sin modificaciones.

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Margaret M. Foran
Secretaria

**La sección Reclamaciones y
apelaciones no forma parte
del certificado de seguro grupal.**

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Beneficios del plan proporcionados por

The Prudential Insurance Company of America
751 Broad Street
Newark, New Jersey 07102

Este contrato grupal suscrito por The Prudential Insurance Company of America proporciona beneficios al asegurado. A todos los fines de este contrato grupal, el empleador/titular de la póliza actúa por cuenta propia o como agente de sus empleados. Bajo ninguna circunstancia el empleador/titular de la póliza será considerado agente de The Prudential Insurance Company of America, excepto que se haya ejecutado una autorización escrita entre el empleador/titular de la póliza y The Prudential Insurance Company of America. Nada de lo incluido en estos documentos se considerará, en sí mismo, una ejecución escrita de este tipo.

Procedimientos de reclamación

1. Determinación de beneficios

Prudential le notificará la determinación sobre la reclamación dentro de los 45 días de recibida la misma. Este período se puede extender por 30 días más, si fuera necesario debido a cuestiones que exceden el control del plan. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha para la cual el plan espera decidir acerca de su reclamación. Este período se puede extender por 30 días adicionales, más allá de los 30 originales, si fuera necesario debido a cuestiones que exceden el control del plan. Dentro del primer período de extensión de 30 días se le entregará un aviso escrito de la extensión adicional, la razón de la misma y la fecha para la cual el plan espera decidir acerca de su reclamación, en caso de que esta extensión adicional fuera necesaria. Sin embargo, si un plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la reclamación, el período para que Prudential tome una determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si su reclamación de beneficios se rechaza, en su totalidad o en parte, usted o su representante autorizado recibirá una notificación escrita de Prudential informándole sobre el rechazo. La notificación estará escrita de manera tal que usted la entienda e incluirá:

- (a) las razones específicas del rechazo,
- (b) referencias a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación del beneficio,
- (c) una descripción de los materiales o información adicionales necesarios para que usted perfeccione la reclamación y una explicación de por qué dicha información es necesaria,
- (d) una descripción de los procedimientos de apelación de Prudential y los plazos correspondientes,
- (e) si una determinación de beneficios adversa se basa sobre una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se le proporcionará sin cargo, si lo solicita, una explicación del criterio científico o clínico sobre el que se basó la determinación,

2. Apelaciones de una determinación adversa

Si su reclamación de beneficios se rechaza o no recibe una respuesta dentro del

plazo apropiado (en cuyo caso se considerará que la reclamación ha sido rechazada), usted o su representante puede apelar esta decisión escribiendo a Prudential dentro de los 180 días de recibido el aviso de rechazo o 180 días a partir de la fecha en que dicha reclamación se considera rechazada. Junto con su apelación puede presentar por escrito cualquier comentario, registro y otra información relacionada con su reclamación. Si lo solicita, también tendrá acceso y tiene el derecho de obtener copias sin cargo de todos los documentos, registros e información relevante a su reclamación.

Prudential llevará a cabo una revisión completa de la información existente en el archivo de la reclamación y toda información nueva presentada para respaldar la apelación. Para ello utilizará personas que no estuvieron involucradas en la determinación inicial del beneficio. Esta revisión no tendrá en cuenta la determinación del beneficio inicial.

Prudential tomará una determinación sobre la apelación de su reclamación dentro de los 45 días de recibida su solicitud de apelación. Este plazo se puede extender por 45 días adicionales, si Prudential determina que hay circunstancias especiales que exigen una extensión. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha en la cual Prudential espera informar su decisión. Sin embargo, si el plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la apelación, el período para tomar la determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Si la reclamación sobre la apelación se rechaza, en su totalidad o en parte, usted recibirá al respecto una notificación escrita de Prudential. La notificación estará escrita de manera tal que el solicitante la entienda e incluirá:

- (a) las razones específicas para la determinación adversa,
- (b) referencias a las disposiciones específicas del plan sobre las que se basó la determinación,
- (c) una declaración indicando que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y sin cargo, acceso razonable a todos los registros, documentos y otra información relevante para su reclamación de beneficios o copia de todo,
- (d) una descripción de los procedimientos de revisión de Prudential y los plazos correspondientes,
- (e) una declaración de que usted tiene derecho a obtener, si lo solicita y sin cargo, una copia de las reglas o pautas internas sobre las que se basó la determinación y
- (f) una descripción de los procedimientos de apelación ofrecidos por el plan.

Si la decisión sobre la apelación no se le entrega dentro de los plazos mencionados, la reclamación se considerará rechazada en función de la apelación.

Si la apelación de su reclamación de beneficios se rechaza o no recibe una respuesta dentro del plazo apropiado (en cuyo caso se considerará que la apelación ha sido rechazada), usted o su representante puede realizar una segunda apelación voluntaria al rechazo escribiendo a Prudential dentro de los 180 días de recibido el aviso de rechazo o 180 días a partir de la fecha en que dicha reclamación se considera rechazada. Junto con su segunda apelación puede presentar por escrito cualquier comentario, registro y otra información relacionada con su reclamación.

Si lo solicita, también tendrá acceso y tiene el derecho de obtener copias sin cargo de todos los documentos, registros e información relevante a su reclamación.

Prudential tomará una determinación sobre su segunda apelación dentro de los 45 días de recibida su solicitud de apelación. Este período se puede extender por hasta 45 días adicionales

si Prudential determina que hay circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo. Dentro del período inicial de 45 días se le entregará un aviso escrito de la extensión, la razón de la misma y la fecha en la cual Prudential espera informar su decisión.

Sin embargo, si el plazo se extiende debido a que usted no presentó la información necesaria para decidir acerca de la apelación, el período para tomar la determinación acerca de los beneficios se suspenderá a partir de la fecha en que se le envía la notificación sobre la extensión hasta la fecha en que usted responda a la solicitud de información adicional.

Su decisión de presentar una disputa de beneficios a este segundo nivel voluntario de apelación no afecta su derecho a cualquier otro beneficio bajo este plan. Si decide iniciar juicio sin presentar el segundo nivel de apelación, el plan exime de todo derecho de afirmar que usted no agotó los medios administrativos. Si decide presentar la disputa del segundo nivel de apelación, el plan acepta suspender todo plazo de limitaciones u otra defensa basada sobre la puntualidad durante el tiempo que la apelación esté pendiente.

Si la reclamación apelada se rechaza por segunda vez, en su totalidad o en parte, usted recibirá al respecto una notificación escrita de Prudential. La notificación estará escrita de manera que el solicitante pueda entenderla e incluirá la misma información contenida en la carta que informaba la primera determinación adversa. Si la decisión sobre la apelación no se le entrega dentro de los plazos mencionados, la reclamación se considerará rechazada en función de la apelación.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.