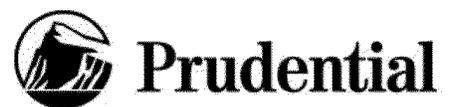


**Los regentes de la
Universidad de
California**

Cobertura voluntaria por accidentes



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

PARA LOS RESIDENTES DE ARKANSAS

Oficina de servicio al cliente de Prudential:

The Prudential Insurance Company of America
Customer Services Department

Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035

Teléfono: 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
855-483-1438**

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 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:

**Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035
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 los números de los contratos grupales.

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 cada 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.

Coberturas y montos: En el cuadernillo se describen las coberturas disponibles 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.

Renovación. 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 30 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, 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 proporciona cobertura por accidentes ÚNICAMENTE.

COBERTURA VOLUNTARIA POR ACCIDENTES

Mensaje de bienvenida

Nos complace entregarle este cuadernillo. Describe el programa de beneficios que hemos organizado para usted y lo que usted tiene que hacer para estar cubierto por estos beneficios.

Creemos que este programa proporciona protección valiosa para usted y su familia.

Lea este cuadernillo cuidadosamente. Estaremos encantados de responder las preguntas que tenga sobre el programa.

AVISO IMPORTANTE: *Este cuadernillo es un documento importante y debería guardarlo en un lugar seguro. Este cuadernillo y el certificado de cobertura incluido en el mismo forman juntos el certificado de su seguro grupal.*

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE CIERTOS ESTADOS: *Hay requisitos específicos de cada estado que pueden cambiar las disposiciones de la cobertura, incluidas 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. Prudential tiene un sitio web que describe este tipo de requisitos específicos de cada estado. Puede acceder al 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 VACC1.***

Si no puede acceder a este sitio web, prefiere recibir una copia impresa de estos requisitos o tiene alguna pregunta, llame a Prudential al 1-855-483-1438.

Índice

PROGRAMA DE BENEFICIOS	12
DEFINICIONES GENERALES.....	18
DEFINICIONES DE BENEFICIOS.....	21
QUIÉN ES ELEGIBLE PARA SER ASEGURADO	33
DEMORA DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	37
CUÁNDO FINALIZA SU SEGURO	39
INFORMACIÓN GENERAL	43
EXCLUSIONES.....	45
DOCUMENTO PDF INSERTADO 2	47

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.

Este cuadernillo describe todas las opciones disponibles bajo el contrato grupal.

COBERTURA VOLUNTARIA POR ACCIDENTES PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Esta cobertura paga beneficios por pérdidas accidentales. Algunas de ellas no están cubiertas o están limitadas. Los siguientes ítems son solo puntos destacados de su cobertura. Para obtener una descripción completa, lea este certificado del seguro grupal en su totalidad.

BENEFICIOS PRINCIPALES

Pérdidas accidentales:

Beneficios por desmembramiento accidental/pérdida funcional/parálisis

Beneficio por diente roto

Corona.....	\$300
Extracción	\$100
Obturación.....	\$50

Beneficio por quemadura

Porcentaje del área total de piel quemada

Beneficio por quemadura de 2° grado

Beneficio por quemadura de 3° grado

Menos del 10%.....	\$100.....	\$1,000
Al menos 10% pero menos del 25%	\$200	\$5,000
Al menos 25% pero menos del 35%.....	\$500	\$10,000
35% o más.....	\$1,000	\$20,000
Beneficio por injerto de piel	50%	50%

Beneficio por coma \$10,000

Beneficio por conmoción cerebral \$300

83500 VACC 0718CA

97000-86

Beneficio por dislocación:**Beneficio por dislocación completa****Beneficio por
reducción
cerrada****Beneficio por
reducción
abierta**

Dislocación, mandíbula inferior.....	\$1,200	\$2,400
Dislocación, columna vertebral	\$600	\$1,200
Dislocación, clavícula	\$250	\$500
Dislocación, articulación del hombro	\$2,000	\$4,000
Dislocación, costilla	\$250	\$500
Dislocación, codo	\$800	\$1,600
Dislocación, muñeca.....	\$1,000	\$2,000
Dislocación, mano excepto dedos	\$1,400.....	\$2,800
Dislocación, dedos	\$320	\$640
Dislocación, cadera	\$4,000	\$8,000
Dislocación, rodilla	\$2,600	\$5,200
Dislocación, tobillo	\$1,600.....	\$3,200
Dislocación, pie excepto dedos	\$1,600	\$3,200
Dislocación, dedo del pie	\$320	\$640
Dislocación, parcial	25%	25%

Beneficio por lesión ocular (extracción de un objeto extraño) \$300

Beneficio por lesión ocular (cirugía) \$150

**Beneficio por
fractura:****Beneficio por
reducción
cerrada****Beneficio
por reducción
abierta**

Fractura, cráneo (simple, no deprimida)	\$1,662	\$3,324
Fractura, cráneo (deprimida).....	\$3,562	\$7,124
Fractura, hueso facial incluida la nariz excepto mandíbula superior o inferior.....	\$1,425	\$2,850
Fractura, mandíbula superior.....	\$1,662	\$3,324
Fractura, mandíbula inferior	\$1,900	\$3,800
Fractura, columna vertebral (procesos vertebra.....	\$950	\$1,900
Fractura, columna vertebral (cuerpo vertebral, excepto procesos vertebrales)	\$4,275	\$8,550
Fractura, clavícula	\$1,900	\$3,800
Fractura, omóplato	\$1,900	\$3,800
Fractura, esternón	\$4,275	\$8,550
Fractura, costilla	\$380	\$760
Fractura, pelvis excepto el coxis.....	\$3,800	\$7,600
Fractura, coxis.....	\$380	\$760
Fractura, brazo.....	\$1,662	\$3,324
Fractura, antebrazo.....	\$2,375	\$4,750
Fractura, muñeca.....	\$2,375	\$4,750
Fractura, mano excepto dedos.....	\$2,375	\$4,750
Fractura, dedo	\$380	\$760
Fractura, cadera, muslo o ambos	\$4,750	\$9,500
Fractura, rótula	\$2,375	\$4,750
Fractura, pierna excepto muslo.....	\$2,850	\$5,700
Fractura, tobillo.....	\$2,375	\$4,750
Fractura, pie excepto dedos.....	\$2,375	\$4,750
Fractura, dedo del pie	\$380	\$760
Fractura, astilla.....	25%	25%

Beneficio por laceración

Reparada sin puntos.....	\$25
Reparada con puntos: Laceraciones, menos de dos pulgadas en total	\$75
Laceraciones, de dos a seis pulgadas en total.....	\$300
Laceraciones, más de seis pulgadas en total.....	\$600

Beneficio por herida punzante \$50

Beneficio por parálisis

Parálisis, cuatro extremidades.....	\$10,000
Parálisis, tres extremidades.....	\$7,500
Parálisis, dos extremidades.....	\$5,000
Parálisis, una extremidad	\$2,500

ACCIDENTE - BENEFICIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO Y SERVICIOS

Beneficio por ambulancia aérea.....	\$1,500
Beneficio por ambulancia terrestre	\$400
Beneficio por sangre/plasma/plaquetas.....	\$400

83500 VACC 0718CA

97000-86

Beneficio por atención de emergencia

Sala de emergencias	\$150
Consultorio del médico	\$100
Atención de urgencia	\$150

Beneficio de atención inicial que no es de emergencia \$75

Beneficio por radiografía \$200

Beneficio por pruebas de diagnóstico avanzado

TAC.....	\$300
EEG	\$300
MMRI	\$300
Resonancia magnética (MR).....	\$300
NCV	\$300
PET	\$300
Ultrasonido	\$300
Escaneo SPECT	\$300

Visitas al médico para seguimiento..... \$75

Beneficio por aparatos médicos

Faja.....	\$100
Bastón	\$100
Muletas	\$100
Andador - tiempo de uso esperado menos de 1 año	\$100
Andador - tiempo de uso esperado 1 año o más	\$250
Bota para caminar	\$100
Silla de ruedas o silla de ruedas motorizada - tiempo de uso esperado menos de 1 año.....	\$100
Silla de ruedas o sillas de ruedas motorizadas - tiempo de uso esperado 1 año o más	\$500
Otros equipos médicos utilizados para movilidad	\$50

Beneficio por dispositivos protésicos

Un dispositivo solo	\$1,000
Más de un dispositivo	\$1,000

Beneficio por servicios de terapia

Terapia cognitiva conductual	\$50
Terapia ocupacional	\$50
Terapia física	\$50
Terapia del habla	\$50

Beneficio de alojamiento \$150

Beneficio de transporte..... \$500

Beneficio por reparación quirúrgica

Reparación de hernia	\$100
Rotura de disco.....	\$500
Desgarro, cartílago en la rodilla.....	\$500

Tendón/ligamento/manguito rotador desgarrado, roto o cortado

Un tendón/ligamento/manguito rotador	\$500
Dos o más tendones/ligamentos/manguitos rotadores	\$750

Beneficio por cirugía exploratoria (sin reparación) para cualquiera de los procedimientos listados anteriormente o cirugía ambulatoria \$100

Beneficio por otra cirugía ambulatoria..... \$700

Beneficio por manejo del dolor

Anestesia epidural	\$100
Anestesia general	\$100

ACCIDENTE - BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Beneficio por admisión en el hospital	\$1,200
Beneficio par admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI)	\$1,200
Beneficio por internación hospitalaria.....	\$200 por día
Beneficio por internación en la UCI	\$700 por día
Beneficio de rehabilitación con internación	\$100 por día

BENEFICIOS ADICIONALES

Beneficio por modificación..... \$1,000

OTRA INFORMACIÓN

Titular del contrato: LOS REGENTES DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

Contrato grupal N.º: GVA-97000-CA

Aniversarios del contrato: 1 de enero de cada año, comenzando en 2026.

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.

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
Customer Services Department
Voluntary Benefit Services
P.O. Box 696035
San Antonio, TX 78269-6035**

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
<https://interactive.web.insurance.ca.gov/contactCSD/ContactUs.jsp>**

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. Se considera que está en actividad laboral durante las vacaciones normales, si estuvo en actividad laboral en su último día de trabajo habitual programado.

Período de inscripción anual: Hay un período cada año durante el cual se puede inscribir en una cobertura o solicitar un cambio de cobertura para el siguiente año calendario. El titular del contrato le notificará cuándo comienza y cuándo termina este período de inscripción anual.

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

Seguro contributivo: el seguro contributivo es un seguro por el cual el titular del contrato tiene el derecho de pedir que usted aporte.

Seguro no contributivo: es un seguro por el cual el titular del contrato no tiene el derecho de pedir que usted aporte. 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.

Accidente cubierto: un suceso repentino, imprevisible y externo que fue la causa directa de una pérdida cubierta y cumple con todas las condiciones siguientes:

- (1) ocurre mientras la persona cubierta está asegurada bajo esta póliza;
- (2) no está excluido de alguna otra manera por los términos de esta póliza.

Lesión cubierta: es una lesión en el cuerpo de una persona cubierta.

Persona cubierta bajo la cobertura: es un empleado asegurado con un seguro de empleado bajo esa cobertura; un dependiente calificado por quien un empleado está asegurado con un seguro de dependientes bajo esa cobertura.

Cirugía cubierta significa cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Injerto de piel para tratar una quemadura por la cual se pagó el beneficio por quemaduras
- Cirugía para tratar una hernia

- Cirugía para tratar un disco roto
- Cirugía para tratar un cartílago desgarrado en la rodilla (menisco)
- Cirugía para tratar un tendón, ligamento o manguito rotador desgarrado, roto o cortado

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.

Ingresos: es el monto bruto de dinero que el empleador le paga en efectivo por realizar las tareas requeridas por su empleo. Los bonos, horas extras, ingresos por más de 40 horas semanales trabajadas y todos los demás beneficios no están incluidos.

Empleado: una persona empleada por el empleador. El término también se aplica a esa persona por cualquier derecho que tenga después de que finaliza el seguro.

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

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

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.

Cirugía ambulatoria: es una cirugía realizada en forma ambulatoria, que no sea una cirugía por la cual se paga el beneficio de cirugía con internación.

Prima: es el monto que usted debe pagar por su seguro. Usted debe pagar las primas requeridas al titular del contrato en cada fecha de pago de las mismas.

Prudential: The Prudential Insurance Company of America.

Centro de rehabilitación es un centro que:

- proporciona servicios de rehabilitación a pacientes internados y
- tiene todas las licencias y certificaciones necesarias.

Los servicios de rehabilitación consisten en el uso de servicios médicos, sociales, educativos y vocacionales combinados para permitir que los pacientes incapacitados por una lesión logren la mayor capacidad funcional posible. Los servicios son proporcionados por personal médico organizado o supervisado por el mismo.

El término centro de rehabilitación no incluye lo siguiente:

- un centro de convalecencia;
- un centro de cuidados prolongados, excepto que la persona cubierta esté recibiendo servicios de rehabilitación internada en el centro de cuidados prolongados;
- un centro de enfermería especializada, excepto que la persona cubierta esté recibiendo servicios de rehabilitación internada en ese centro;
- un hogar de descanso u hogar de ancianos;
- un centro de cuidados paliativos;
- un lugar para recuperación de drogadicciones o alcoholismo;
- un centro de vida asistida.

Usted: un empleado o empleada.

Definiciones de beneficios

PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

Esta cobertura paga los siguientes beneficios por accidente.

Beneficio por ambulancia (aérea): Prudential pagará el beneficio que aparece en la sección Programa de beneficios, si se necesita un servicio de ambulancia aérea con licencia profesional para transportar por aire a una persona cubierta a o desde un hospital o entre centros médicos donde recibe tratamiento debido a una lesión accidental.

El transporte por ambulancia aérea se debe realizar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente o la lesión cubierta.

Prudential pagará este beneficio una vez por accidente y un máximo de dos veces por persona cubierta por año calendario.

Beneficio de ambulancia (tierra/agua): Prudential pagará el beneficio que aparece en la sección Programa de beneficios, si se necesita un servicio de ambulancia con licencia profesional para transportar por tierra a una persona cubierta a o desde un hospital o entre centros médicos donde recibe tratamiento debido a una lesión accidental.

El transporte por ambulancia se debe realizar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.

Prudential pagará este beneficio una vez por accidente y un máximo de dos veces por persona cubierta por año calendario.

Sangre/plasma/plaquetas: Prudential pagará este beneficio si una persona cubierta sufre una lesión accidental y recibe una transfusión de sangre, plasma o plaquetas, siempre que se cumpla lo siguiente:

La sangre, el plasma o las plaquetas deben ser administrados dentro de los 90 días de ocurrido el accidente y deben ser recetados por un médico por tratarse de una emergencia o proporcionados mientras la persona cubierta está siendo sometida a cirugía.

Prudential pagará este beneficio una vez por persona cubierta, por accidente y un máximo de tres veces por persona cubierta por año calendario.

Beneficio por diente roto: si una persona sufre una lesión accidental que resulta en un diente roto y ese diente se repara con una corona u obturación, o se extrae, pagaremos el beneficio por diente roto que aparece en el programa de beneficios que corresponde a la corona, obturación y/o extracción, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (a) Los servicios odontológicos deben comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente o la lesión cubierta.
- (b) Si hay varios dientes rotos, no pagaremos más de una corona, una obturación o una extracción por persona cubierta, accidente cubierto o lesión cubierta.
- (c) Pagaremos el beneficio por diente roto no más de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Prudential no pagará ninguna lesión en un diente que no sea un diente sano y natural o por una lesión causada por morder o masticar.

Beneficio por quemadura: Prudential pagará este beneficio si una persona cubierta sufre una lesión accidental que es una quemadura de segundo o tercer grado. Pagaremos el beneficio que aparece en el programa de beneficios y corresponde al tamaño y la gravedad de la quemadura, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La quemadura debe ser tratada por un médico dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente cubierto o la lesión cubierta.
- (2) Si una quemadura cumple con más de una de las clasificaciones que aparecen en el programa de beneficios, el monto que pagaremos será en función de la clasificación de la quemadura que paga el beneficio más alto.
- (3) Pagaremos el beneficio por quemadura no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente cubierto o lesión cubierta y
 - (b) 1 vez por persona cubierta, por año calendario.
- (4) No se paga ningún beneficio por una quemadura de primer grado.

Beneficio por coma: Prudential pagará este beneficio si una persona cubierta sufre una lesión accidental que le causa un coma, diagnosticado por un médico. Pagaremos el beneficio por coma que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) El coma debe comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente cubierto
- (2) Pagaremos el beneficio por coma no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de una vez por persona cubierta, por año calendario.

Coma significa un estado vegetativo persistente, diagnosticado por un médico, en el cual no hay respuesta a estímulos y dura 14 días consecutivos o más.

Prudential no pagará por un coma inducido médicamente.

Beneficio por conmoción cerebral: si una persona cubierta sufre una lesión accidental que le produce conmoción cerebral, Prudential pagará el beneficio que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La lesión debe ser diagnosticada por un médico como conmoción cerebral dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente.
- (2) Pagaremos el beneficio por conmoción cerebral no más de una vez por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por pruebas de diagnóstico avanzado: significa cualquiera de las siguientes opciones:

- imágenes por resonancia magnética (MRI) o resonancia magnética (MR)
- ultrasonido
- prueba de velocidad de conducción nerviosa (NCV)
- tomografía computarizada (CT) o tomografía axial computarizada (CAT)
- electroencefalograma (EEG)

- tomografía por emisión de positrones (PET)
- tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (SPECT).

Prudential pagará este beneficio si una persona cubierta sufre una lesión accidental y se le realiza cualquiera de las pruebas médicas mencionadas para evaluar la lesión. Pagaremos el beneficio de pruebas de diagnóstico avanzado que aparecen en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) la prueba debe ser ordenada por un médico y realizada dentro de los 90 días de ocurrido el accidente cubierto.
- (2) Pagaremos el beneficio por pruebas de diagnóstico avanzado no más de una vez por persona cubierta, por accidente y hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por dislocación: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que produce una dislocación, Prudential pagará el beneficio por dislocación que aparece en el programa de beneficios correspondiente al tipo de dislocación sufrida por la persona cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) la lesión debe ser diagnosticada y tratada como tal por un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) la dislocación debe necesitar y debe ser corregida por un médico mediante reducción abierta (quirúrgica) o cerrada (no quirúrgica).
- (3) Prudential pagará este beneficio una vez por la dislocación de una articulación después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. No se pagará ningún beneficio por dislocaciones posteriores de la misma articulación después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- (4) Si la persona sufre más de una dislocación como resultado del mismo accidente, el beneficio total que se pagará por las mismas está limitado a dos veces el monto del beneficio pagadero por la articulación implicada, que tenga el monto de beneficio más alto.
- (5) El beneficio por dislocación parcial será del 25% del beneficio por dislocación que aparece en el programa de beneficios por una dislocación completa de la articulación implicada.

Dislocación significa una articulación separada de una parte del cuerpo que está enumerada en el programa de beneficios bajo el beneficio por dislocación. El término dislocación no incluye el complejo de subluxación vertebral (vértebras desalineadas).

Dislocación total es una dislocación en la que la articulación está completamente separada.

Dislocación parcial es una dislocación en la que la articulación no está completamente separada.

Beneficio por visitas al médico para seguimiento: Prudential pagará el beneficio que aparece en el programa de beneficios si una persona cubierta sufre una lesión accidental y recibe atención de seguimiento por dicha lesión, recomendada por un médico, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) El tratamiento debe comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente y ser proporcionado dentro de los 365 días de ocurrido el accidente.
- (2) El tratamiento debe ser específico para esa lesión.
- (3) El tratamiento debe ser ambulatorio.
- (4) El tratamiento no deben ser pruebas preventivas ni ningún tratamiento por el cual se pagan beneficios por servicios de terapia, atención de emergencia, atención que no es de emergencia.

- (5) Prudential pagará este beneficio no más de dos veces por persona cubierta, por accidente cubierto, y hasta un máximo de seis veces por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por atención de emergencia: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y recibe atención inicial por la misma de parte de un médico en una sala de emergencias, un consultorio médico o un centro de urgencias dentro de las 96 horas de ocurrido el accidente, Prudential pagará el beneficio por atención de emergencia que aparece en el programa de beneficios correspondiente al lugar en que se recibe la atención.

Si una persona cubierta sufre una lesión y recibe atención inicial de parte de un médico en una sala de emergencias, un consultorio médico o un centro de urgencias más de 96 horas, pero menos de 90 días de ocurrido el accidente, pagaremos el beneficio inicial por atención que no es de emergencia que aparece en el programa de beneficios.

El pago del beneficio por atención de emergencia y atención inicial que no es de emergencia está sujeto a las siguientes condiciones:

- (1) Nunca pagaremos ambos, el beneficio por atención de emergencia y por atención inicial que no es de emergencia a la misma persona cubierta, por el mismo accidente.
- (2) Si pagamos el beneficio por atención de emergencia o por atención inicial que no es de emergencia, pagaremos el beneficio no más de una vez por persona cubierta, por accidente.

Beneficio por lesión ocular: si una persona cubierta sufre una lesión accidental en un ojo, Prudential pagará el beneficio por lesión ocular que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La lesión del ojo debe requerir cirugía o la extracción de un objeto extraño por parte de un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) Pagaremos el beneficio por lesión ocular no más de:
 - (a) 1 vez por persona cubierta, por accidente y
 - (b) 3 veces por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por fractura: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que le produce una fractura, Prudential pagará el beneficio por fractura que aparece en el programa de beneficios correspondiente al tipo de fractura sufrida por la persona cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La lesión debe ser diagnosticada y tratada como fractura por un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) La dislocación debe necesitar y debe ser corregida por un médico mediante reducción abierta (quirúrgica) o cerrada (no quirúrgica). La reducción cerrada incluye inmovilización.
- (3) Pagaremos no más de un beneficio por fractura, por hueso, por accidente.
- (4) Si la persona sufre más de una fractura como resultado del mismo accidente, el beneficio total que se paga por todas las fracturas combinadas se limita a dos veces el monto del beneficio pagadero por la fractura que tenga el monto de beneficio más alto.
- (5) Si una lesión es una fractura astillada, Prudential pagará el beneficio por fractura astillada en lugar del beneficio por fractura. El beneficio por fractura astillada será del 25% del beneficio por fractura que aparece en el programa de beneficios por el hueso en cuestión.

- (6) Si la misma fractura se trata con reducción abierta y cerrada, no pagaremos más que el beneficio correspondiente a la reducción abierta.

Fractura es una rotura en un hueso incluido en el programa de beneficios bajo el beneficio por fractura, que se puede detectar con una radiografía o un examen de diagnóstico similar.

Fractura astillada es una fractura en la que se desprendió un pequeño fragmento del hueso.

Beneficio por anestesia general: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y es sometida a cirugía cuyo beneficio se paga bajo este certificado en un hospital o un centro ambulatorio, Prudential pagará el beneficio por anestesia general que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) El beneficio por anestesia general debe ser:
 - (a) administrado dentro de los 90 días de ocurrido el accidente, durante la cirugía para tratar la lesión y
 - (b) administrado por un médico.
- (2) Pagaremos el beneficio por anestesia general no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.
- (3) No pagaremos el beneficio por anestesia general por anestesia local o general (incluida la anestesia epidural o espinal).

Anestesia general es un estado inducido de inconsciencia, acompañado por la pérdida de reflejos protectores, lo que incluye la capacidad de mantener la vía aérea en forma independiente y responder voluntariamente a un estímulo físico u orden verbal.

Beneficio por admisión en el hospital: Prudential pagará el beneficio por admisión en el hospital que aparece en la sección programa de beneficios, si una persona cubierta es internada en un hospital para recibir tratamiento por una lesión cubierta siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) la admisión debe ocurrir dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) El beneficio de admisión no se paga para tratamientos en sala de emergencias, ambulatorios o estadías de menos de 24 horas en un área de observación.
- (3) Solo pagaremos el beneficio por admisión de una persona cubierta por una admisión hospitalaria por vez, incluso si la admisión es causada por más de un accidente o lesión cubierta.
- (4) Pagaremos el beneficio por admisión no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente y
 - (b) 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

Si una persona cubierta es admitida en un hospital y vuelve a ingresar nuevamente dentro de los 90 días por la misma afección o una relacionada, trataremos la admisión como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 90 días entre los períodos de admisión, trataremos esta última como una nueva.

Beneficio por admisión en la UCI: Prudential pagará el beneficio de admisión en la UCI que aparece en la sección programa de beneficios, si una persona cubierta, después de la admisión inicial en un hospital para recibir tratamiento por una lesión accidental, es admitida en la UCI, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La admisión debe cumplir con los requisitos de pago del beneficio por admisión.
- (2) La admisión debe ocurrir dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (3) El beneficio por admisión en la UCI no se paga por una estadía inferior a 24 horas.
- (4) Si la persona cubierta pasa a la UCI después de la admisión inicial en el hospital, no pagaremos el beneficio por admisión en la UCI.
- (5) Pagaremos el beneficio por admisión en la UCI no más de:
 - (a) una vez por persona cubierta, por accidente.
 - (b) 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 90 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 90 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Beneficio por internación hospitalaria: Prudential pagará el beneficio por internación hospitalaria que aparece en el programa de beneficios por cada día posterior al día de admisión en el hospital, si la persona cubierta es internada en el hospital para recibir tratamiento por una lesión cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La internación inicial en el hospital debe comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) El beneficio por internación hospitalaria no se paga por un día en que se paga la admisión en el hospital o la UCI o por una internación inferior a 24 horas.
- (3) El beneficio por internación hospitalaria se paga por hasta 365 días por persona cubierta, por accidente.
- (4) Pagaremos el beneficio por internación hospitalaria no más de 10 veces por persona cubierta, por año calendario.
- (5) Solo pagaremos el beneficio por internación hospitalaria por una persona cubierta por vez, incluso si la causa de la internación es más de un accidente y/o lesión.
- (6) Solo pagaremos un beneficio por internación hospitalaria por día. Si la persona cubierta es internada fuera de la UCI y en la unidad de cuidados intensivos el mismo día, solo pagaremos el beneficio por internación hospitalaria que corresponde a la internación en la unidad de cuidados intensivos.

Si una persona cubierta es internada en un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 90 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 90 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Beneficio por internación en la unidad de cuidados intensivos (UCI): Prudential pagará el beneficio por internación en la UCI que se muestra en el Programa de beneficios por cada día que la persona cubierta esté internada en una unidad de cuidados intensivos para recibir tratamiento por una lesión accidental y cumple los requisitos para el pago del beneficio por

internación, sujeto a todas las siguientes condiciones:

- (1) La internación en la unidad de cuidados intensivos debe comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) El beneficio por internación en la UCI no se paga por un día en que se paga la admisión en el hospital o la UCI o por una internación inferior a 24 horas.
- (3) El beneficio por internación en la UCI se paga por hasta 15 días por persona cubierta, por accidente.
- (4) Pagaremos el beneficio por internación en la UCI no más de 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

Si una persona cubierta es internada en un hospital y vuelve a quedar internada dentro de los 90 días por la misma afección o una afección relacionada, trataremos la internación como una continuación de la anterior. Si han transcurrido más de 90 días entre los períodos de internación, trataremos esta última como nueva.

Beneficio por laceración: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que produce una laceración y recibe tratamiento de un médico para repararla, Prudential pagará el beneficio por laceración que aparece en el programa de beneficios, que corresponde a la longitud de la laceración y el tratamiento recibido, de la siguiente manera:

- (1) Si la laceración se repara con puntos de sutura, pagaremos el beneficio por laceración reparada con puntos.
- (2) Si la laceración se repara sin puntos de sutura, pagaremos el beneficio por laceración reparada sin puntos.

El pago del beneficio por laceración está sujeto a que se cumpla lo siguiente:

- La laceración debe ser tratada por un médico dentro de las 96 horas de ocurrido el accidente.
- Si la laceración es reparada con sutura o grapas, se considerará reparada con puntos de sutura a los fines del beneficio.
- Si la persona cubierta tiene más de una laceración, el monto que pagaremos se basará sobre la longitud total de todas las laceraciones producidas en el mismo accidente que se reparan con puntos de sutura. Si algunas, pero no todas, laceraciones requieren reparación con puntos de sutura, no pagaremos ningún beneficio por las laceraciones que se reparan sin puntos.
- Si una lesión cumple con la definición tanto de laceración como de herida punzante, solo pagaremos el beneficio que tiene el monto más alto.
- Pagaremos el beneficio por laceración no más de una vez por persona cubierta, por accidente y hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Laceración es un corte del espesor total de la piel.

Beneficio de alojamiento: Si una persona cubierta es internada en un hospital para recibir tratamiento por una lesión accidental y un acompañante de la persona cubierta, mientras está internada, permanece en un alojamiento que le cobra por el mismo, Prudential pagará el beneficio de alojamiento que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) Pagaremos el beneficio de alojamiento por cada día que el acompañante permanezca alojado mientras la persona cubierta está internada en un hospital para recibir tratamiento por una lesión accidental.

- (2) Pagaremos el beneficio de alojamiento por hasta 30 días por año calendario.
- (3) El beneficio de alojamiento solo se paga por un día por el que pagamos el beneficio por internación de la persona cubierta.
- (4) Usted debe presentar prueba de que el acompañante incurrió en un gasto por permanecer en un alojamiento cada día de la internación.

Alojamiento es un establecimiento con licencia conforme a las leyes donde está ubicado, tal como un motel, hotel u otra instalación, que proporciona lugar para para dormir al público en general a cambio de un pago y está ubicado, al menos, a 50 millas de la residencia principal de la persona cubierta.

Aparato médico: Prudential pagará el beneficio que aparece en el programa de beneficios por el tipo de aparato médico recetado, si una persona sufre una lesión accidental por la cual un médico receta el uso de un aparato médico como ayuda para la locomoción o movilidad personal, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) El uso de dicho aparato médico debe comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) El monto que pagaremos por todos los aparatos médicos combinados no superará los \$1,000 por persona cubierta, por accidente.
- (3) Prudential no pagará este beneficio por el reemplazo de un aparato médico.

Aparato médico es cualquiera de los siguientes:

- abrazadera para el cuello, la espalda o la pierna
- bastón
- muletas
- andador
- bota para caminar que se extiende por encima del tobillo
- silla de ruedas o scooter motorizado con fines médicos y
- cualquier otro dispositivo médico utilizado para movilidad.

Beneficio por modificación: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental por la cual pagamos un beneficio por parálisis, pagaremos el beneficio por modificación que aparece en el programa de beneficios por las modificaciones realizadas en la residencia principal o en el vehículo de la persona cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) Un médico debe certificar que, debido a la lesión accidental, la modificación es necesaria para que la persona cubierta pueda vivir en su residencia principal o viajar en su vehículo principal.
- (2) La modificación se debe hacer dentro de los 180 días de ocurrido el accidente.
- (3) Pagaremos el beneficio por modificación no más de:
 - (a) 1 vez por persona cubierta, por accidente y

(b) 1 vez por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por otra cirugía ambulatoria: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y es sometida a otra cirugía ambulatoria para tratar la lesión en un centro de cirugía ambulatoria, Prudential pagará este beneficio tal como aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La persona cubierta debe ser tratada por un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) La cirugía debe ser realizada por un médico en un centro de cirugía ambulatoria dentro de los 180 días de ocurrido el accidente.
- (3) Si, como resultado del mismo accidente, una persona cubierta es sometida a una cirugía cubierta y a otra cirugía ambulatoria al mismo tiempo, solo pagaremos un beneficio, que será el que tenga el monto mayor.
- (4) Pagaremos el beneficio por otras cirugías ambulatorias no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por manejo del dolor: (Anestesia epidural): Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y recibe anestesia epidural para manejar el dolor, Prudential pagará el beneficio por manejo del dolor que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La anestesia epidural debe ser administrada dentro de los 180 días de ocurrido el accidente.
- (2) La anestesia epidural para manejar el dolor de una lesión debe ser recetada por un médico.
- (3) Pagaremos el beneficio por manejo del dolor no más de una vez por persona cubierta, por accidente y hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Beneficio por parálisis: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que le causa parálisis, Prudential pagará el beneficio por parálisis que aparece en el programa de beneficios y corresponde al tipo de parálisis que sufre la persona cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La parálisis debe ser documentada por un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que le causa una parálisis que cae dentro de más de una clasificación en el programa de beneficios, solo pagaremos el beneficio que corresponde a la clasificación que paga el monto mayor.
- (3) Pagaremos el beneficio por parálisis no más de una vez por persona cubierta, por accidente cubierto o por lesión cubierta.

Parálisis es la pérdida permanente, total e irre recuperable del movimiento de una o más extremidades:

- (1) que ha durado por un período continuo de no menos de 90 días, confirmado por un médico o
- (2) como resultado del corte de la médula espinal con evidencia clínica y radiológica de respaldo y sin expectativa de regreso de la función.

El término parálisis no incluye el desmembramiento ni el coma.

Beneficio por dispositivos protésicos: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que implica la pérdida de una extremidad, mano, pie o la vista en un ojo y recibe un dispositivo protésico como resultado de la pérdida,

Prudential pagará el beneficio por dispositivo protésico que se muestra en el Programa de beneficios, que corresponde al número de dispositivos protésicos que la persona cubierta recibe, sujeto a las siguientes condiciones:

- (1) El dispositivo protésico debe ser recibido dentro los 365 días de ocurrido el accidente.
- (2) No se pagará ningún beneficio por el reemplazo de un dispositivo protésico.
- (3) No se pagará ningún beneficio por más de un dispositivo protésico para la misma parte del cuerpo.
- (4) No pagaremos el beneficio por dispositivo protésico por el reemplazo de una articulación, tal como una cadera o rodilla artificial.
- (5) Para un hijo dependiente, menor de 18 años, pagaremos el beneficio por dispositivos protésicos no más de:
 - (a) 1 vez por accidente y
 - (b) 1 vez por año calendario.
- (6) Para las demás personas cubiertas, pagaremos el beneficio por dispositivo protésico no más de:
 - (a) 1 vez por persona cubierta, por accidente y
 - (b) 1 vez por persona cubierta, por año calendario.

Dispositivo protésico es un dispositivo artificial que reemplaza un parte del cuerpo faltante. El término dispositivo protésico no incluye audífonos, prótesis dentales (incluidos dientes postizos), anteojos o prótesis cosméticas, tales como pelucas.

Herida punzante: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental que es una herida punzante y dicha herida es tratada por un médico, Prudential pagará el beneficio por herida punzante que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La herida punzante debe ser tratada por un médico dentro de las 96 horas de ocurrido el accidente.
- (2) Pagaremos el beneficio por herida punzante no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Herida punzante es una lesión causada por un objeto, incluida una aguja, que perfora o penetra todo el espesor de la piel.

Beneficio de rehabilitación con internación: Si una persona cubierta es transferida a un centro de rehabilitación inmediatamente después de un período de internación para el tratamiento de una lesión accidental por la cual pagamos un beneficio por internación, pagaremos el beneficio de rehabilitación con internación que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) Pagaremos el beneficio de rehabilitación con internación por cada día consecutivo que la persona cubierta permanezca como paciente internado residente en una institución de rehabilitación, hasta un máximo de 31 días por persona cubierta, por accidente cubierto o por lesión cubierta, sin exceder los 60 días por año calendario.
- (2) La internación de la persona cubierta en el centro de rehabilitación debe comenzar dentro de los 365 días de ocurrido el accidente.
- (3) Después de que la persona cubierta recibe el alta del centro de rehabilitación, no pagaremos el beneficio de rehabilitación con internación por otra admisión en un centro de rehabilitación con el

objeto de tratar la misma lesión accidental por la cual ya pagamos el beneficio de rehabilitación con internación.

No pagaremos el beneficio de rehabilitación con internación por ningún día por el pagamos el beneficio por internación.

Beneficio por cirugía: Si una persona cubierta es sometida a una cirugía cubierta para tratar una lesión accidental mientras está internada, Prudential pagará el beneficio correspondiente que aparece en el programa de beneficios bajo beneficio por cirugía, por el tipo de cirugía cubierta a la que es sometida la persona cubierta, siempre que se cumpla lo siguiente:

- La persona cubierta debe ser tratada por un médico dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- La cirugía cubierta debe ser realizada por un médico dentro de los 180 días de ocurrido el accidente.
- Si la cirugía cubierta se realiza con reparación, pagaremos el beneficio por cirugía reparadora que aparece en el programa de beneficios para el procedimiento correspondiente.
- Si la cirugía cubierta es exploratoria, pagaremos el beneficio por cirugía exploratoria que aparece en el programa de beneficios.
- Si, como resultado del mismo accidente, la persona cubierta es sometida a una cirugía cubierta y a otra cirugía ambulatoria al mismo tiempo, solo pagaremos un beneficio, que será el que tenga el monto mayor.
- Si, como resultado del mismo accidente, la persona cubierta es sometida a más de una cirugía cubierta al mismo tiempo, solo pagaremos un beneficio por una cirugía cubierta, que será el que tenga el monto mayor.
- Pagaremos el beneficio por cirugía no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

Cirugía exploratoria es una cirugía cubierta realizada sin reparación quirúrgica. En el caso de un cartílago rasgado en la rodilla, si el cartílago es afeitado o recortado de la rodilla, la cirugía se considerará exploratoria y no reparadora.

Beneficio por servicios terapéuticos: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y recibe servicios terapéuticos, Prudential pagará el beneficio por servicios terapéuticos que aparece en el programa de beneficios, que corresponde al tipo de terapia recibida, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) Los servicios terapéuticos deben:
 - (a) comenzar dentro de los 90 días de ocurrido el accidente y ser proporcionado dentro de los 365 días de ocurrido el accidente;
 - (b) ser prestados como paciente ambulatorio;
 - (c) ser recetados por un médico y
 - (d) ser prestados por un profesional licenciado para proporcionar el tipo de terapia que presta y operar dentro del alcance de dicha licencia.

- (2) Pagaremos el beneficio por servicios terapéuticos no más de:
- (a) 10 veces por persona cubierta, por accidente y
 - (b) 10 veces por persona cubierta, por año calendario.

No pagaremos el beneficio por servicios terapéuticos por terapia recibida por la persona cubierta el mismo día en que se paga el beneficio de rehabilitación con internación o el beneficio por centro de enfermería especializada.

Servicios terapéuticos significa lo siguiente:

- terapia cognitiva conductual
- terapia ocupacional
- terapia física
- terapia del habla

Beneficio de transporte: Prudential pagará el beneficio de transporte que aparece en el programa de beneficios cuando una persona cubierta viaja más de 50 millas de ida para recibir tratamiento de seguimiento de una lesión accidental, por la cual pagamos un beneficio conforme a este certificado, en un hospital u otro centro de tratamiento, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) El millaje se mide desde la residencia principal de la persona cubierta hasta el centro donde recibe el tratamiento de seguimiento.
- (2) El tratamiento de seguimiento debe ser recetado por un médico y no estar disponible dentro de las 50 millas de la residencia principal de la persona cubierta.
- (3) Usted debe presentar prueba de que recibió el tratamiento de seguimiento.
- (4) Pagaremos el beneficio de transporte no más de:
 - (a) 1 vez por persona cubierta, por accidente cubierto y
 - (b) 3 veces por persona cubierta, por año calendario.
- (5) No pagaremos el beneficio de transporte si el viaje se paga por el beneficio por ambulancia terrestre o aérea.

X-Beneficio por radiografía: Si una persona cubierta sufre una lesión accidental y se le saca una radiografía para evaluar la lesión, Prudential pagará el beneficio por radiografía que aparece en el programa de beneficios, siempre que se cumpla lo siguiente:

- (1) La radiografía debe ser recetada por un médico y realizada dentro de los 90 días de ocurrido el accidente.
- (2) Pagaremos el beneficio por radiografía no más de una vez por persona cubierta, por accidente, hasta un máximo de tres veces por persona cubierta, por año calendario.

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 así de incapacitado antes de cumplir 26 años.

Usted debe presentar ante Prudential prueba satisfactoria 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, pareja doméstica o hijo está protegido por cualquier cobertura de empleado del contrato grupal después que finaliza esa cobertura del cónyuge, pareja doméstica o hijo.

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;
- usted 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 y
- esa cobertura forma parte del contrato grupal.

En el caso del seguro contributivo, usted debe inscribirse con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse en el seguro contributivo (1) dentro de los 31 días de la fecha en que podría quedar cubierto por primera vez, (2) dentro de los 31 días de un suceso vital o (3) durante el período de inscripción anual. 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 qué significan "período de inscripción anual" y "suceso vital".

SEGURO DE DEPENDIENTES

El seguro de dependientes bajo la cobertura de una persona, ya sea contributiva o no, 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 la cobertura forma parte del contrato grupal.

En el caso del seguro contributivo, usted debe inscribir a su dependiente calificado con un formulario aprobado por Prudential y aceptar pagar los aportes requeridos. Puede inscribirse en el seguro contributivo de dependientes (1) dentro de los 31 días de la fecha en que podría quedar cubierto por primera vez, (2) dentro de los 31 días de un suceso vital o (3) durante el período de inscripción anual. Cuando inscriba a su dependiente calificado, su empleador le informará si los 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 qué significan "período de inscripción anual" y "sucesos 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.

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 lo primero de los siguientes:

- 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 causara que el hijo deje de ser un dependiente calificado bajo esta cobertura. Esto se aplicará siempre y cuando el hijo permanezca incapacitado.

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 finalizó su empleo o se redujeron sus horas de trabajo.

Su empleador le dará o le enviará por correo postal 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) 31 días después de que la cobertura hubiera terminado y
- (2) 15 días después de recibir la notificación informándole de su derecho a continuar. Pero, en ningún caso puede elegir si no solicitó la continuación de la cobertura y realizó el primer pago antes de los 92 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, no pagar el aporte del seguro de dependientes no hará que finalice su seguro del empleado.
- (5) El seguro es seguro de dependientes y su seguro de empleado bajo esta cobertura finaliza.
- (6) Usted queda cubierto bajo cualquier otro plan grupal por accidentes.

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).
- (3) Usted cumple 100 años.

Mientras se continúe la cobertura por accidentes 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. 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.
-

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si una persona cubierta está internada en la fecha en que termina su seguro y usted no desea continuarlo conforme a la sección Continuación de la cobertura a su opción, pagaremos determinados beneficios por dicha persona cubierta, si la internación continúa después de que su seguro finalice, de acuerdo con y siempre que se cumpla lo siguiente:

- No habrá beneficios disponibles bajo esta disposición de extensión de beneficios si su seguro finaliza debido a una prima impaga.
- El beneficio de admisiones en el hospital, el beneficio de estadía diaria en el hospital y el Beneficio de unidad de cuidados intensivos (UCI) en el hospital se pagarán si se cumplen los requisitos de pago de dichos beneficios mientras la persona cubierta está internada. No se pagarán otros beneficios.
- Los beneficios pagaderos bajo esta disposición de extensión de beneficios se pagarán de acuerdo con y sujeto a los términos y condiciones de este certificado, excepto por lo establecido en esta disposición.
- Los beneficios de esta disposición de extensión finalizarán cuando suceda lo primero de lo siguiente:
 - (1) la fecha en que la persona cubierta deje de estar internada o
 - (2) finaliza la cantidad de días que se pagan los beneficios de internación, sin exceder los 30 días.
- Si la persona cubierta vuelve a ser internada en cualquier momento después del alta, no se pagarán más beneficios.

Monto del beneficio extendido: Este monto se determina como si usted hubiera seguido siendo una persona cubierta bajo el plan por accidentes. Pero se reduce por todo monto pagadero conforme al programa de beneficios o cualquier seguro grupal de Prudential que reemplace a esta cobertura para una clase de empleados.

Efecto de la continuación: El seguro continuado conforme a la disposición de continuación de la cobertura a su opción reemplazará a todos los derechos de esta sección. Pero si ha cumplido con los requisitos de esta sección, puede obtener estos derechos a cambio de todos los beneficios del seguro continuado.

Las primas pagadas por el seguro continuado serán reembolsadas.

CAMBIO DE CLASE

Si hay más de una clase elegible para el seguro bajo la póliza grupal y cada clase tiene su propio certificado, en lugar de recibir un certificado nuevo cuando cambia de clase, permanecerá asegurado bajo este certificado si:

- usted pasa a una clase elegible para el seguro por accidentes bajo una póliza grupal y
- los beneficios disponibles en su clase nueva son idénticos a los que están disponibles bajo este certificado.

En todos los otros casos, cuando usted cambia de clase, su seguro bajo este certificado finalizará en la fecha en que deje de ser empleado de la clase elegible para el seguro bajo este certificado.

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 escrito de reclamación a Prudential dentro de los 20 días de la fecha en que ocurrió o comenzó una pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible. Un aviso enviado por o en nombre del asegurado o del beneficiario del asegurado a Prudential a la dirección del Servicio al cliente: Voluntary Benefit Services, P.O. Box 696035, San Antonio, TX 78269-6035 o a cualquier agente autorizado de Prudential, con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará como que se ha avisado a Prudential.

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: Prudential debe recibir prueba escrita de la pérdida, lo que incluye toda la documentación solicitada, como un certificado de defunción, la declaración de un médico que lo atiende o las historias clínicas sobre las que se realiza la reclamación bajo la cobertura. Esta prueba debe cubrir el suceso, el carácter y el alcance de dicha pérdida. La prueba de la pérdida se debe presentar dentro los 90 días de ocurrida la misma.

Una reclamación no se considerará válida a menos que la prueba se presente dentro de este plazo. Pero el incumplimiento del plazo establecido no invalidará ni reducirá la reclamación, si no fue posible presentar, dentro de lo razonable, la prueba en de dicho plazo y la misma se presenta lo antes posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad jurídica, más de un año después de que la misma haya sido solicitada.

Cuándo se pagan los beneficios: Prudential pagará los beneficios dentro de los 30 días de recibida la prueba escrita satisfactoria de la pérdida, lo que incluye toda la documentación solicitada, tal como la declaración de un médico que lo atiende o las historias clínicas.

A quién se le paga: Los beneficios se le pagan a usted, con las siguientes excepciones:

- (1) Los beneficios de sus pérdidas que estén impagos al momento de su muerte o se vuelven pagaderos como consecuencia de su testamento, se pagarán al primero de los siguientes: (a) su cónyuge o pareja doméstica 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 usted ni su cónyuge o pareja doméstica están vivos, entonces, los beneficios por las pérdidas

de un cónyuge o pareja doméstica se 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.

Examen físico o autopsia: Prudential, a su costa, tiene el derecho de examinar a la persona por la cual se realiza la reclamación. Puede hacerlo cuando y con la frecuencia que sea razonable mientras la reclamación está pendiente y hacer una autopsia en caso de muerte, donde no esté prohibido por la ley.

Acciones legales: No se debe iniciar ninguna acción legal o de equidad sobre el contrato grupal hasta 60 días después de presentada la prueba escrita antes descrita. Ninguna acción de este tipo se deberá iniciar más de tres años después de pasado el plazo en el que se solicita la prueba de la reclamación.

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. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Usted puede cambiar de beneficiario en cualquier momento sin el consentimiento del beneficiario actual. El cambio de beneficiario debe presentarse a través del titular del contrato. El cambio entrará en vigencia en la fecha de la firma del formulario. Pero no se aplicará a ningún monto pagado por Prudential antes de recibir dicho formulario.

Exclusiones

Prudential no pagará beneficios por pérdidas causadas, que contribuyeron o resultantes, directa o indirectamente, de cualquiera de las siguientes opciones:

- Suicidio o intento de suicidio mientras está en su sano juicio.
- Lesiones autoinfligidas de forma intencional o cualquier intento de autolesionarse.
- Tratamiento médico o quirúrgico, ya sea que la reclamación sea el resultado, directo o indirecto, del tratamiento.
- Participar en una revuelta o insurrección.
- Guerra o cualquier acto de guerra. Guerra significa guerra declarada o no declarada e incluye resistencia a una agresión armada. El terrorismo no se considera un acto de guerra.

Terrorismo implica el uso deliberado de violencia, o amenaza de violencia, contra civiles para crear una respuesta emocional a través del sufrimiento de las víctimas o para alcanzar objetivos militares, políticos, religiosos o sociales.

- Un accidente que ocurre mientras la persona está en servicio activo de tiempo completo durante más de 30 días en cualquiera de las fuerzas armadas. Esto no incluye en servicio activo en la Reserva o Guardia Nacional para entrenamiento.
- Viaje o vuelo en cualquier vehículo utilizado para navegación aérea, si:
 - (a) la persona viaja como pasajero en una nave aérea no pensada ni con licencia para transportar pasajeros,
 - (b) la persona es el piloto o miembro de la tripulación de cualquier nave aérea o
 - (c) la persona está viajando como pasajero en una nave aérea de su propiedad, manejada, controlada o alquilada por o en nombre del titular del contrato o cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas.

Esto incluye entrar, salir, subir o bajar de cualquiera de estos vehículos.

- La comisión o intento de comisión de un delito grave.
- Estar bajo la influencia o intoxicado con alcohol, lo que incluye, entre otros, tener un nivel de alcohol en sangre superior al límite permitido para manejar un vehículo motorizado en la jurisdicción en donde ocurrió el accidente, sin importar si la persona: (a) estaba manejando un vehículo motorizado y (b) fue condenada por un delito relacionado con el alcohol.
- Estar bajo la influencia o consumir drogas, medicamentos de venta libre, medicamentos, narcóticos, estimulantes, alucinógenos, barbitúricos, anfetaminas, gases, humo o inhaladores, venenos o cualquier otra sustancia controlada, como se define en Título II de la Ley contractual integral de prevención del abuso de drogas de 1970, tal como fue o será enmendada, a menos que sean recetados y administrados de acuerdo con el consejo de un médico de la persona.
- Tratamiento de cuidado dental o procedimientos dentales, a menos que el tratamiento sea resultado de un accidente cubierto, lesión cubierta o enfermedad cubierta.

- Procedimientos electivos y/o cirugías cosméticas o reconstructivas, a menos que sean resultado de un trauma, infección u otras enfermedades.
 - Cirugía cosmética, excepto cuando dicha cirugía se realice para:
 - (a) tratar una lesión o enfermedad,
 - (b) corregir un desorden de función o estructura corporal normal causado por una lesión o enfermedad que no esté excluida de la cobertura bajo este certificado o
 - (c) reconstruir una parte del cuerpo que se desfiguró o extrajo como resultado de una lesión o enfermedad que no esté excluida de la cobertura bajo este certificado.
 - La enfermedad mental de la persona cubierta, el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad mental, excepto para el uso por parte de la persona cubierta de:
 - (a) cualquier fármaco, medicamento o sedante que se consuma o utilice tal como fue recetado por un médico o
 - (b) un fármaco, medicamento o sedante "de venta libre", tomado según lo indicado o
 - (c) actividades necesarias por el servicio de la persona cubierta en las fuerzas armadas o cualquier unidad auxiliar de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
 - Internación hospitalaria causada por, a la que contribuyó o es resultado de una enfermedad mental. Sin embargo, la demencia como resultado de un derrame cerebral, trauma, infección viral, Alzheimer u otras afecciones no nombradas y que un proveedor de salud mental u otro proveedor calificado no suele tratar con psicoterapia, fármacos psicotrópicos y otros métodos de tratamiento parecidos, están cubiertos bajo esta póliza.
-

ENDOSO DEL CERTIFICADO A UN CONTRATO GRUPAL

Contrato grupal N.º: GVA-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 accidentes solamente ha cambiado de la siguiente manera:

- El Programa de beneficios de la cobertura por accidentes solamente del certificado de su seguro grupal se ha revisado como sigue:

El beneficio por manejo del dolor se ha revisado como sigue:

Beneficio por manejo del dolor

Anestesia epidural \$100

Anestesia general..... \$100

Se ha agregado lo siguiente al beneficio por fractura:

Beneficio por fractura

	Beneficio por Reducción cerrada	Beneficio por Reducción abierta
Fractura, sacro.....	\$950.....	\$1900

Se ha agregado lo siguiente al beneficio de servicios de

terapia **Beneficio de servicios de terapia**

Terapia quiropráctica o alternativa \$50

Se ha agregado lo siguiente al beneficio por reparación quirúrgica:

Beneficio por cirugía con internación y anestesia..... \$1,500

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

(1) **Terapia quiropráctica o alternativa:** En el caso de lesiones sufridas en un accidente cubierto, pagaremos este beneficio bajo las siguientes condiciones:

- El asegurado recibe tratamiento inicial dentro de las 168 horas posteriores al accidente cubierto.
- El asegurado recibe acupuntura o tratamiento quiropráctico para el accidente cubierto.
- La acupuntura o el tratamiento quiropráctico comienza dentro de los 90 días posteriores a la manifestación a la lesión originada en el accidente cubierto.

Este beneficio se limita a la cantidad máxima de pagos por accidente cubierto, por asegurado, que se muestra en el Programa de beneficios. 3 pagos por accidente cubierto, por asegurado, como máximo.

(2) **Beneficio por cirugía y anestesia:** Pagaremos el beneficio diario que aparece en el Programa de beneficios cuando, debido a una lesión accidental cubierta, un asegurado se somete a una cirugía con internación realizada por un médico. La cirugía se debe realizar mientras el asegurado está internado en un hospital. Si un procedimiento quirúrgico con internación está cubierto por otro beneficio de esta plan, pagaremos el monto más alto de ese beneficio o el beneficio de cirugía con internación y anestesia. Para que un beneficio se pague, la cirugía debe ser realizada en el plazo de un año después del accidente cubierto.

- 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 sección **SEGURO DE DEPENDIENTES** bajo **Demora de la fecha de entrada en vigencia** de la disposición **Quién es elegible para ser asegurado** se eliminó en su totalidad.
- 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 queda cubierto bajo cualquier otro plan grupal por accidentes.

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 accidentes 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. 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 accidentes 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.

- Las **Exclusiones** se modificaron para que incluyan lo siguiente:

- Carreras: viajar o conducir cualquier vehículo a motor en una carrera, espectáculo de acrobacias o prueba de velocidad en forma profesional.

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

THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Margaret M. Foran
Secretaria

ESTE AVISO ES SOLO PARA LOS RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

N.H. Rev. Stat. § 151:21
151:21 Declaración de derechos de los pacientes.
Vigentes a partir del: 1 de julio de 2022

Los derechos y responsabilidades de cada paciente admitido en una institución, excepto aquellos admitidos por un proveedor de atención médica domiciliaria:

I. El paciente será tratado con consideración, respeto y total reconocimiento de su dignidad e individualidad, lo que incluye la privacidad en el tratamiento y el cuidado personal, así como ser informado del nombre, grado de certificación y puesto laboral de todas aquellas personas que las que el paciente tiene contacto, conforme a RSA 151:3-b.

II. Se informará al paciente en su totalidad sobre sus derechos y responsabilidades y todos los procedimientos que rigen su conducta y responsabilidades. Esta información se debe proporcionar en forma oral y escrita antes o durante la admisión, excepto en el caso de admisiones de emergencia. El paciente debe reconocer por escrito la recepción de dicha información. Cuando un paciente no tiene la capacidad de realizar juicios informados, la persona responsable del paciente debe firmar este reconocimiento.

III. Se debe informar al paciente en su totalidad por escrito, en un lenguaje que el paciente pueda entender, antes o en el momento de la admisión y cuando sea necesario durante su estadía, la tarifa básica por día y los servicios que están incluidos y no lo están en esta tarifa. También se debe incluir en esta divulgación una declaración de los servicios que medicare o medicaid no suelen cubrir.

IV. Un proveedor de atención médica debe informar en su totalidad al paciente sobre su condición médica, necesidades de atención y resultados de las pruebas de diagnóstico, incluida la manera en que dichos resultados se le proporcionarán y el tiempo que se espera que transcurra entre la prueba y la recepción de los resultados, a menos que no sea aconsejable desde el punto de vista médico y así se documente en la historia clínica. Asimismo, el paciente tendrá la oportunidad de participar en la planificación de toda su atención y tratamiento médico, de rechazar el tratamiento y a participar en investigaciones experimentales, solo si otorga su consentimiento por escrito. A los fines de este párrafo, "proveedor de atención médica" es toda persona, corporación, instalación o institución, con matrícula de este estado o que proporciona estos servicios en forma legal, lo que incluye, entre otros, un médico, hospital u otra institución de atención médica, dentista, personal de enfermería, optometrista, podiatra, fisioterapeuta o psicólogo, y todo funcionario, empleado o agente de dicho proveedor que actúa en el curso y alcance del empleo o agencia relacionada o que apoya los servicios de atención médica.

V. El paciente será transferido o dado de alta después de la planificación adecuada del alta solo por razones médicas, para su bienestar o el de otros pacientes, si la institución deja de funcionar o por la falta de pago de su estadía, con excepción de lo prohibido por el Título XVIII 1 o XIX 2 de la Ley del Seguro Social. Ningún paciente será dado de alta en forma involuntaria de una institución porque se vuelve elegible para medicaid como fuente de pago.

VI. Se debe alentar y ayudar al paciente durante su estadía a ejercer sus derechos como paciente y ciudadano. El paciente debe expresar sus quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios del personal de la institución o los representantes externos, sin restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias.

VII. Se le debe permitir al paciente que administre su economía personal. Si el paciente autoriza por escrito a la institución a ayudarlo con esta administración y la institución acepta, la ayuda se llevará a cabo de acuerdo con los derechos del paciente bajo esta subdivisión y conforme a las leyes y reglas del estado.

NH PBR

(S-1)(97000-86)

VIII. El paciente no sufrirá abuso emocional, psicológico, sexual ni físico, tampoco explotación, negligencia, castigos corporales ni reclusión involuntaria.

IX. El paciente no sufrirá restricciones químicas ni físicas, excepto cuando estén autorizadas por escrito por un médico por un tiempo específico y limitado, necesario para proteger al paciente o a terceros de lesiones. En una emergencia, el miembro autorizado del personal profesional puede autorizar restricciones con el fin de proteger al paciente o a terceros de lesiones. El miembro del personal debe informar de inmediato dicha acción al médico y documentarla en la historia clínica.

X. Se le garantizará al paciente el tratamiento confidencial de toda la información contenida en su historia personal y clínica, lo que incluye la que está almacenada en un banco de datos automatizado, y se le pedirá el consentimiento escrito para la divulgación de información a cualquiera que no esté autorizado por ley a recibirla. La información médica contenida en la historia clínica en cualquier institución con licencia conforme a este capítulo, se considerará propiedad del paciente. El paciente tendrá derecho a recibir una copia de dichos registros, si lo solicita. El cargo por copiar la historia clínica de un paciente no podrá superar los \$15 por las primeras 30 páginas o \$0.50 por página, el que sea mayor, siempre que las copias de registros en películas, como radiogramas, radiografías y sonogramas se copien a un costo razonable.

XI. No se le pedirá al paciente que preste servicios para la institución. Cuando sea adecuado con fines terapéuticos o recreativos, y el paciente haya aceptado, dichos servicios se pueden incluir en un plan de cuidados y tratamiento.

XII. El paciente podrá comunicarse, asociarse y reunirse en forma privada con cualquier persona, incluida su familia y grupos de residentes, a menos que al hacerlo se infringieran los derechos de otros pacientes. El paciente puede enviar y recibir correo personal sin abrir. El paciente tiene derecho a acceder en forma regular al uso de un teléfono sin monitoreo.

XIII. El paciente podrá participar en actividades de grupos sociales, religiosos y comunitarios, a menos que hacerlo infringiera los derechos de otros pacientes.

XIV. El paciente podrá retener y usar ropas y posesiones personales, si el espacio lo permite, siempre que no infrinja los derechos de otros pacientes.

XV. El paciente tendrá derecho a privacidad al recibir visitas, si está casado, a compartir una habitación con su cónyuge, si ambos son pacientes en la misma institución y ambos dan su consentimiento, a menos que esté contraindicado desde el punto de vista médico y documentado por un médico. El paciente tiene derecho a residir y recibir servicios en la institución con adaptación razonable de las necesidades y preferencias individuales, lo que incluye la elección de la habitación y el compañero de habitación, excepto cuando la salud y la seguridad de la persona o de otros pacientes esté en peligro.

XVI. No se le negará al paciente el cuidado adecuado en función de su edad, sexo, identidad sexual, orientación sexual, raza, color, estado civil, situación familiar, incapacidad, religión, nacionalidad, fuente de ingresos, fuente de pago o profesión.

XVII. El paciente tendrá derecho a ser tratado por el médico que elija, sujeto a reglas y reglamentaciones razonables.

XVIII. El paciente tendrá derecho a que sus padres, si es un menor, o su cónyuge, familiar más próximo, pareja no casada o un representante personal elegido por el paciente, si es un adulto, visiten la institución, sin restricciones, si el médico responsable de su atención considera que es un enfermo terminal.

XIX. El paciente tendrá derecho a recibir a representantes de organizaciones aprobadas, conforme a la RSA 151:28.

XX. No se le negará al paciente la admisión en la institución, si la fuente de pago es medicaid, cuando cuenta con espacio disponible.

XXI. Sujeto a los términos y condiciones del plan de seguro del paciente, este tendrá acceso a cualquier proveedor de la red del plan de su seguro y no se le negará de manera irrazonable la derivación a un proveedor o institución dentro de dicha red conforme a la RSA 420-J:8, XIV.

XXII. No se le negarán al paciente la admisión, el cuidado o los servicios únicamente con base en su situación de vacunación.

XXIII. (a) Además de los derechos especificados en el párrafo XVIII, el paciente tendrá derecho a designar a un cónyuge, familiar o cuidador que puede visitar la institución mientras está recibiendo atención. Un paciente menor de edad puede hacer que sus padres, un tutor o una persona que ocupe el lugar de los padres visite la institución mientras está recibiendo atención.

(b)(1) No obstante lo expresado en el subpárrafo (a), una institución médica puede establecer políticas de visita que limiten o restrinjan las visitas cuando:

(A) La presencia de los visitantes estuviera contraindicada desde el punto de vista médico o terapéutico conforme al mejor juicio clínico de los profesionales de atención de la salud.

(B) La presencia de los visitantes interferiría con la atención o los derechos de un paciente.

(C) Los visitantes muestran una conducta perturbadora, amenazante o violenta hacia un miembro del personal, un paciente u otro visitante.

(D) Los visitantes no cumplen con las políticas escritas del hospital.

(2) Si lo solicita, se le proporcionará al paciente o su representante, si el paciente está incapacitado, el motivo del rechazo o la revocación de los derechos de visita conforme a este párrafo.

(c) Una institución médica puede exigir que los visitantes usen equipo de protección personal proporcionado por la institución o por el visitante y aprobado por la institución. Una institución médica puede exigir que los visitantes cumplan con protocolos de seguridad y reglas de conducta razonables. La institución médica puede revocar los derechos de visita por no cumplir con este subpárrafo.

(d) Nada de lo expresado en este párrafo implicará que una institución médica debe permitir que un visitante ingrese en un quirófano, sala de aislamiento, unidad de aislamiento, entorno de salud conductual u otras áreas normalmente restringidas o que esté presente durante la administración de atención de emergencia en situaciones críticas. Nada de lo expresado en este párrafo implicará que una institución médica debe permitir que un visitante acceda áreas más allá de las habitaciones, unidades o pabellones en los que el paciente recibe atención o más allá de las áreas comunes generales dentro de la institución.

(e) Ni la institución médica, ni el departamento de salud y servicios humanos, ni ninguna entidad gubernamental dará por terminados, suspendidos o eximidos los derechos especificados en este párrafo, a pesar de las declaraciones de emergencia emitidas por el gobernador o la legislatura. Ninguna institución médica matriculada conforme a RSA 151:2 exigirá a un paciente que deje de ejercer los derechos especificados en este párrafo.

(f) Todas las instituciones médicas matriculadas conforme a RSA 151:2 deben publicar lo siguiente en su sitio web:

- (1) Material informativo que explica los derechos especificados en este párrafo.
 - (2) La declaración de derechos de los pacientes que se aplica a la institución del sitio web.
 - (3) La política del hospital sobre visitas detallando los derechos y las responsabilidades especificadas en este párrafo, así como las limitaciones que se refieren a dichos derechos conforme a la política escrita del hospital que aparece en su sitio web.
- (g) A menos que las leyes federales o las reglamentaciones lo exijan de manera expresa, ni el departamento ni ninguna otra agencia estatal tomará medidas que surjan de este párrafo contra una institución médica por:
- (1) Permitir que un visitante acceda en forma individual a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.
 - (2) No proteger o no garantizar de alguna otra manera la seguridad o la comodidad de un visitante que accede a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.
 - (3) Los actos u omisiones de un visitante al que se le dio acceso a una propiedad o lugar controlado por la institución médica.

**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.