

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

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u

hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

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

### **¿Busca un seguro de salud integral?**

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener seguro de salud a través de su trabajo, o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

### **¿Preguntas sobre esta póliza?**

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de seguros de su estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación nacional de comisionados de seguros (naic.org) bajo “Departamentos de seguros”.
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo, o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

## Seguro de indemnización por hospitalización

# Ayude a minimizar el impacto financiero que puede suponer una estadía en un hospital o centro médico.



## ¿De qué se trata?

El seguro de indemnización por hospitalización paga un beneficio diario fijo si usted tiene una cobertura para estar en un hospital, unidad de cuidados intensivos o centro de rehabilitación. El seguro de indemnización por hospitalización es una póliza de beneficios limitados. Éste no es un seguro de salud y no satisface el requisito de cobertura mínima esencial bajo la Ley de Atención de Salud a Bajo Costo.




## ¿Quiénes pueden tener esta cobertura?

Tiene la opción de inscribirse usted mismo, así como también a su cónyuge\* e hijos\*\*, en una cobertura de seguro de indemnización por hospitalización para satisfacer sus necesidades.

\*El uso de "cónyuge" en este documento significa una persona asegurada como un cónyuge según se describe en el certificado o anexo de seguro. Esto puede incluir pareja de hecho o pareja de unión civil según lo define la póliza grupal.

\*\*La definición de "hijo" puede variar de un estado a otro. Contacte a su empleador para obtener más información.

## ¿Por qué debería considerarlo?

-  Use el beneficio pagado para cualquier propósito, como pagar gastos médicos, copagos, deducibles, comestibles, gasolina, servicios públicos y más; usted decide.
-  La cobertura es siempre una emisión garantizada.
-  Su cobertura puede continuar con usted si deja su empleo o se jubila, y se le facturará directamente.

Para una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles para usted, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo.

## ¿Cuánto cuesta?

Esta tabla muestra cuánto pagará por el seguro de indemnización por hospitalización. La prima se deduce de su salario.

Tarifas del seguro de indemnización por hospitalización (Plan bajo)			
Tipo de cobertura	Beneficio diario	Tarifa semanal	Tarifa quincenal
Empleado	\$100	\$2.76	\$5.52
Empleado + Cónyuge	\$100	\$5.61	\$11.21
Empleado + Hijos	\$100	\$4.67	\$9.34
Empleado + Familia	\$100	\$7.51	\$15.02

## Tarifas del seguro de indemnización por hospitalización (Plan alto)

Tipo de cobertura	Beneficio diario	Tarifa semanal	Tarifa quincenal
Empleado	\$200	\$5.46	\$10.93
Empleado + Cónyuge	\$200	\$10.87	\$21.75
Empleado + Hijos	\$200	\$9.37	\$18.73
Empleado + Familia	\$200	\$14.78	\$29.55

## ¿Qué cubre?

Su cobertura de seguro de indemnización por hospitalización le proporciona un beneficio pagadero en caso de una estadía en un centro médico cubierto u otra pérdida cubierta. Lo que aparece a continuación es un resumen de los beneficios proporcionados por este seguro. Para una lista de exclusiones y limitaciones estándar, vaya al final de este documento. Para una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles para usted, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo. Los montos de cobertura se muestran a continuación.

Sólo se paga un tipo de beneficio de admisión o internamiento por día. Cualquier combinación de beneficios de admisión e ingreso pagaderos no excederá un total de 31 días durante un período de ingreso.

Puede elegir la cobertura bajo el Plan bajo o el Plan alto.

### Primer día de hospitalización (Beneficio de Admisión)

Tipo de admisión	Plan bajo Monto del beneficio de admisión	Plan alto Monto del beneficio de admisión
Admisión en el hospital	\$1100	\$2200
Admisión en Unidad de Cuidados Críticos (CCU)	\$1100	\$2200

Este beneficio se paga una vez por hospitalización, hasta 8 admisiones por año.

### A partir del segundo día (Beneficio diario por hospitalización)

Tipo del centro	Plan bajo El monto de beneficio diario es \$100	Plan alto El monto de beneficio diario es \$200
Ingreso en hospital, hasta 31 días por ingreso	1 x el monto del beneficio diario	1 x el monto del beneficio diario
Ingreso en CCU, hasta 31 días por ingreso	2 x el monto del beneficio diario	2 x el monto del beneficio diario
Ingreso en centro de rehabilitación, hasta 31 días por ingreso	½ del monto del beneficio diario	½ del monto del beneficio diario

### Si agrega un hijo a su familia

**Si la cobertura de hijos entra en vigencia antes de que nazca su hijo O la cobertura de hijos se elige dentro de los 31 días posteriores al nacimiento:**

Su recién nacido puede recibir beneficios como cualquier otro hijo cubierto.

**Si la cobertura de hijos NO ES efectiva antes de que nazca su hijo:**

Se paga un beneficio único de \$100 por el parto del recién nacido.

Otros beneficios diarios	Monto de beneficio
<b>Beneficios diarios no relacionados con la hospitalización</b>	
<b>Visita a unidad de observación</b> (por día, hasta un máximo de 1x por año calendario)	\$250

## ¿Qué más se incluye?

Los beneficios a continuación también están incluidos en su cobertura. Para una descripción completa de sus beneficios, junto con las cláusulas, condiciones de determinación de beneficios, exclusiones y limitaciones correspondientes, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo.

**La continuación de seguro** le permite mantener su cobertura para usted, su cónyuge, e hijos durante un permiso de ausencia aprobado por el empleador.

## Exclusiones y limitaciones

Las exclusiones y limitaciones regulares se indican a continuación. Para una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles para usted, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo. (Estas pueden variar según el estado y/o el plan de su empleador). No se pagan beneficios por ninguna pérdida causada en su totalidad o directamente por ninguna de las siguientes razones:

- Participación o intento de participación en un crimen o actividad ilegal.
- Operación de un vehículo motorizado mientras se está intoxicado. Intoxicación significa que el contenido de alcohol en sangre de la persona asegurada alcanza o excede la presunción legal de intoxicación conforme las leyes del estado donde ocurrió el accidente.
- Suicidio, intento de suicidio o lesión autoprovocada de manera intencional, ya sea en su sano juicio o no.
- Guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no declarada (excluyendo actos de terrorismo).
- Pérdida que ocurre mientras en servicio activo a como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación. Nosotros reembolsaremos, al recibir aviso por escrito de dicho servicio, cualquier prima recibida correspondiente a cualquier período no cubierto como resultado de esta exclusión.
- Uso indebido de alcohol o consumo de drogas que no esté supervisado por un médico. Excepción: Esta exclusión no se aplica a un ingreso en un hospital o centro de rehabilitación elegible con el propósito de tratamiento por alcoholismo o adicción a las drogas.
- Cirugía electiva excepto cuando se requiera para el cuidado apropiado como lo determina un médico y como resultado de lesión o enfermedad de la persona cubierta.
- Ser pasajero de o conducir cualquier vehículo automotor durante una carrera, un espectáculo acrobático o pruebas de velocidad.
- Operar o capacitación para operar o prestación de servicio como miembro de la tripulación de, o saltar, usar paracaídas, o hacer caída libre de, cualquier aparato aéreo o globo aerostático, incluyendo los que no son propulsados por motor. Volar como pasajero que paga boleto no está excluido.
- Involucrarse en parapentismo, lanzarse amarrado a una cuerda elástica, paracaidismo, planear, planear a vela, parakiting, surfear en el aire o cualquier actividad similar.
- Practicar para, o participar en cualquier concurso competitivo atlético profesional o semiprofesional por los cuales se reciba cualquier tipo de compensación o remuneración.

La definición de “hospital” no incluye una institución o parte de una institución utilizada como: unidad de hospicio, incluyendo cualquier cama designada como un hospicio o cama de multiuso terapéutico; hogar de convalecencia; centro de descanso o cuidados de enfermería; centro independiente de cirugías; centro de extensión de cuidados; centro de enfermería especializada; o un centro que costea primariamente cuidado de custodia, centro educacional o para cuidado de personas mayores; o cuidado o tratamiento para personas que padecen enfermedades o trastornos mentales o adicción a drogas o al alcohol. “Unidad de cuidados críticos” y “centro de rehabilitación” también son definidos en el certificado.

\*Revise el certificado y cualquier anexo para ver una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles.

**La póliza de seguros que se ofrece está disponible solo en inglés, y constituye el documento oficial. Cualquier información en español se proporciona solamente con fines informativos, y no se deberá interpretar como una modificación o un cambio a la póliza de seguros.**

**The insurance policy being advertised is available only in English. The policy is the official, controlling document. Any information provided in Spanish is for informational purposes only, and shall not be construed to modify or change the insurance policy.**



## ¿Tiene preguntas?

Las instrucciones para inscribirse serán proporcionadas por su empleador. Si tiene preguntas adicionales antes de inscribirse, llame a:

- Servicio al cliente de Voya Employee Benefits al (877) 236-7564

**Escanee el código QR para visitar su Centro de recursos de beneficios para empleados para conocer más sobre este beneficio y revisar las instrucciones sobre cómo presentar una reclamación después de la fecha de entrada en vigencia.**

<https://presents.voya.com/EBRC/Aramark>



Esto es sólo un resumen de los beneficios. Se suministrará una descripción completa de los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y la rescisión de la cobertura en el certificado de seguro y los anexos. Toda la cobertura está sujeta a los términos y condiciones de la póliza grupal. Si existe alguna discrepancia entre este documento y los documentos de la póliza grupal, regirán los documentos de la póliza. Para mantener la cobertura en vigencia, las primas son pagaderas hasta la fecha de rescisión de la cobertura. El seguro de indemnización por ingreso en el hospital es suscrito por ReliaStar Life Insurance Company (Minneapolis, MN), miembro de la familia de compañías de Voya®. Formulario de Póliza RL-HI2-POL-18; Formulario de certificado RL-HI2-CERT-20; Formulario de Anexo de Seguro de indemnización por ingreso en el hospital del cónyuge RL-HI2-SPR-18; Formulario de Anexo de Seguro de indemnización por ingreso en el hospital de hijos RL-HI2-CHR-18; Formulario de Anexo de Continuación de seguro RL-HI2-CNT-18; Formulario de Anexo de Beneficio de bienestar #RL-HI2-WELL-18; Formulario de Anexo de Beneficio por Accidente RL-HI2-ACD-18; Formularios de Anexo de enfermedades críticas RL-HI2-CIR-18; Formulario de Anexo de exoneración de primas RL-HI2-WOP-18 y Exoneración de prima por ausencia del empleo: RL-HI2-AEPW-2. Los números de formulario, las cláusulas y la disponibilidad pueden variar por estado y según el plan de su empleador.

### Solo HI2

Para los empleados de Aramark Corporation

Grupo # 716979 Fecha de preparación: 09/24/2024

©2024 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN3464284\_0726

3208457\_070124