

**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

Explore sus beneficios y costos



Nombre del grupo: Aspirus, Inc.  
Número del grupo: 707376  
Clase: Todos los empleados elegibles

**Los costos de desembolso personal de una estadía en un hospital u otro centro médico pueden ser abrumadores.** A medida que aumentan los gastos, **el seguro de indemnización por hospitalización puede ayudar.** Este documento incluye información sobre costos y beneficios por el seguro de indemnización por hospitalización. Mientras explora, tenga en cuenta:



La cobertura es de Emisión garantizada.



Los empleados obtienen un Beneficio de bienestar anual de \$100 por completar una prueba de detección de salud elegible.



Los pagos de beneficios van directamente a usted. ¡Úselos como quiera!

El seguro de indemnización por hospitalización no reemplaza su cobertura médica; más bien, lo complementa. **Los pagos de beneficios no se destinan para pagar las facturas médicas o los tratamientos que pueda necesitar, sino que van directamente a usted para que los utilice como usted desee.** Inscribese en un seguro de indemnización por hospitalización para recibir un pago de beneficio diario fijo cuando tenga una estadía cubierta en un hospital y que pueda utilizar según lo determine.

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.

ReliaStar Life Insurance Company  
un miembro de la familia de compañías de Voya®

PLAN | INVEST | PROTECT

**VOYA**  
FINANCIAL

## ¿Cuánto cuesta el seguro de indemnización por hospitalización?

Esta tabla muestra sus tarifas para el seguro de indemnización por hospitalización.

Tarifas dos veces al mes (24 periodos de pago)			
Empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Familia
\$9.66	\$18.80	\$14.92	\$24.05

\*Hijo(s) desde el nacimiento hasta los 26 años; sin límite al número de hijos por familia.

## ¿Cómo funciona?

El seguro de indemnización por hospitalización paga un beneficio por un ingreso elegible u otra pérdida cubierta que ocurra en o después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y sujeto a cualquier exclusión en su Certificado. Lo que aparece a continuación es un resumen de los beneficios proporcionados por el seguro de indemnización por hospitalización. 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.

Los montos de beneficio de ingreso diario dependen del tipo de instalación y el número de días ingresado. Sólo se paga un tipo de beneficio de ingreso por día. Cualquier combinación de beneficios de ingreso pagadero no excederá un total de 4 días durante un período de ingreso.

### Mientras su estadía continúa

Por cada día que permanezca en un centro cubierto, será elegible para un pago de beneficio diario fijo. El monto del beneficio y el número máximo de días por hospitalización varía según el centro:

Tipo del centro	Beneficio diario Beneficio
Ingreso hospitalario (1 x el monto de beneficio diario, hasta 30 días máximo por ingreso)	\$100
Ingreso en unidad de cuidados críticos (CCU, por sus siglas en inglés) (2 x el monto de beneficio diario, hasta 15 días máximo por ingreso)	\$200
Ingreso en centro de rehabilitación (1/2 del monto de beneficio diario, hasta 30 días máximo por ingreso)	\$50

### Si agrega un hijo a su familia

Los beneficios del seguro de indemnización por hospitalización están disponibles si tiene cobertura de empleado o cónyuge y el empleado o cónyuge asegurado está hospitalizado por parto. Además, sus hijos recién nacidos también pueden estar cubiertos. Consulte a continuación para obtener más detalles y para una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles para usted, consulte su certificado de seguro y cualquier anexo del mismo.

### Si la cobertura de hijos es efectiva antes de que nazca el niño

- Los beneficios se aplicarán igual que para cualquier otro hijo.

### Si la cobertura de hijos NO es efectiva antes de que nazca el niño

- Los beneficios no se pagan.
- No se paga ningún beneficio de admisión.

## ¿Qué más se incluye?

El seguro de indemnización por hospitalización disponible a través de su empleador incluye los siguientes beneficios adicionales.



**Reciba \$100  
para usar  
como usted  
desee**

#### **Beneficio de bienestar**

Esto provee un pago de beneficio anual si completa una prueba de detección de salud elegible (como un examen físico anual) o experimenta una estadía en el hospital cubierta y recibe un pago de beneficio.

- Para empleados, el monto del beneficio anual es de \$100.
- El monto del beneficio anual para su cónyuge es de \$100.
- El beneficio anual por cobertura de hijo es 50% de su monto de beneficio por hijo, con un máximo anual de \$200 para todos los hijos.

Un beneficio es pagadero solo una vez por año, incluso si la persona cubierta recibe varios exámenes preventivos de salud



**Lleve su  
cobertura  
con usted**

#### **Transferibilidad**

Si se encuentra en una situación en la que perderá la elegibilidad para los beneficios, como horas reducidas, despido o situaciones de vida como un divorcio, es posible que desee continuar con su cobertura de seguro. La portabilidad le permite continuar su cobertura bajo la misma póliza grupal pagando sus primas directamente a la compañía de seguros.

## 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 las 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.



## ¿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
- o vaya a <https://presents.voya.com/stageebrc/Aspirus>

**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.**

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 prueba de diagnóstico RL-HI2-DGR-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; y formulario de Anexo de exoneración de primas RL-HI2-WOP-18. Los números de formulario, las cláusulas y la disponibilidad pueden variar por estado y según el plan de su empleador.

1577663

**Solo HI2**

Fecha de preparación: 12/06/2024

©2023 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN2698212\_0225

212311\_021523