



# Seguro Colectivo Oncológico\*

## Plan 4 – Nivel 3



Cuando un diagnóstico de cáncer le da un giro inesperado a la vida, tu prioridad debería ser el tratamiento y la recuperación; no las finanzas. El Seguro Colectivo Oncológico de Colonial Life ayuda a aliviar el estrés de las preocupaciones financieras al proporcionar un beneficio de suma global que se te pagará directamente para que cubra cualquier gasto.

Monto de la cobertura: **\$5000**

## Beneficios por cáncer

| AFECCIONES CUBIERTAS <sup>†</sup>                            | PORCENTAJE DEL MONTO DE LA COBERTURA APLICABLE |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Cáncer invasivo (incluye todos los tipos de cáncer de mama)  | 100%                                           |
| Cáncer no invasivo                                           | 25%                                            |
| Diagnóstico inicial de cáncer de piel .....\$400 de por vida |                                                |

## Recurrencia de cáncer invasivo (incluye todos los tipos de cáncer de mama)

Si recibes un beneficio por cáncer invasivo y luego se te diagnostica una recurrencia, se pagará el 25% del monto de la cobertura si no recibes tratamiento durante al menos 12 meses y estás en remisión completa antes de la fecha de recurrencia; excluye cáncer no invasivo o cáncer de piel.

### HISTORIAL DE BENEFICIOS

#### Enfrentar los desafíos juntos

Tom disfruta de las actividades al aire libre, entre ellas caminar con su familia, andar en bicicleta y pasear a su perro. Cuando se le diagnosticó cáncer de pulmón, se preocupó por no poder volver a hacer esas actividades de nuevo.

#### Cómo ayudó la cobertura de Tom<sup>†</sup>

Con su cobertura, recibió beneficios para:



Diagnóstico inicial de cáncer de pulmón. **\$10,000**



Segunda opinión. ....**\$300**



Resonancia magnética (IRM). ....**\$125**



Internación hospitalaria por 3 noches .....**\$900**

**Monto total ..... \$11,325**

<sup>†</sup> Solo con fines ilustrativos. Los montos de cobertura varían en función del nivel de beneficio y el importe nominal elegido.



## Beneficios clave

- Cobertura disponible para cónyuge e hijos dependientes que cumplen con los requisitos al 50% del monto de tu cobertura
- Asegura a tus hijos dependientes que cumplen con los requisitos sin costo adicional
- Recibe cobertura independientemente de tus antecedentes médicos, dentro de los límites especificados
- Es un complemento de tu cuenta de ahorro de salud (HSA)
- Se pagan los beneficios independientemente de cualquier otro seguro

## Beneficios de Nivel 3

Así es cómo los beneficios para el cáncer pueden contribuir a brindar protección financiera.

**Ambulancia aérea** ..... \$2,000 por viaje  
Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico (máximo de dos viajes por hospitalización por persona cubierta)

**Ambulancia** ..... \$250 por viaje  
Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico (máximo de dos viajes por hospitalización por persona cubierta)

### Anestesia

Administrada durante un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de cáncer invasivo

- **General** ..... 25% del beneficio de intervenciones quirúrgicas
- **Local** ..... \$50 por procedimiento

**Medicamentos contra las náuseas** ..... \$50 por día de administración o por prescripción obtenida

Medicamento recetado como resultado de la radiación o quimioterapia (monto máximo del beneficio de \$200 por mes calendario, por persona cubierta)

**Sangre/plasma/plaquetas/inmunoglobulina<sup>2</sup>** ..... \$250 por día  
Una transfusión necesaria durante el tratamiento del cáncer invasivo  
(monto máximo del beneficio de \$10,000 por persona cubierta, por año calendario)

**Análisis del donante de médula ósea** ..... \$50  
Estudios relacionados con ser un donante potencial (máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)

**Donación de médula ósea o células madre de sangre periférica** ..... \$1,000  
Recibir médula o células madre de sangre periférica de otra persona para un trasplante (máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)

**Trasplante de médula ósea o de células madre de sangre periférica** . . \$7,000 por trasplante  
Trasplante que recibe por el tratamiento del cáncer invasivo  
(máximo de dos beneficios de trasplante de por vida, por persona cubierta)

**Vacuna contra el cáncer** ..... \$50  
Vacuna aprobada por la FDA para la prevención de cáncer invasivo (máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)

**Transporte para acompañante** ..... \$0.50 por milla  
El acompañante viaja en avión, tren o autobús para acompañar a un paciente con cáncer cubierto más de 50 millas de ida para tratamiento (monto máximo del beneficio de \$1,000 ida y vuelta, por persona cubierta)

### Extracción o recuperación de óvulo(s)/recolección y almacenamiento de esperma (criopreservación)

Extraídos/recuperados o recolectados antes de la quimioterapia, radiación o inmunoterapia (máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)

- **Extracción o recuperación de óvulo(s) o recolección de esperma** ..... \$1,000
- **Almacenamiento de óvulo(s) o esperma** ..... \$300

**Tratamiento experimental** ..... \$300 por día  
Atención hospitalaria, médica o quirúrgica para el tratamiento experimental del cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$3,000 por año calendario, por persona cubierta)

**Prótesis capilar/externa del seno/de la laringe** ..... \$350 por año  
Prótesis necesaria como resultado directo del cáncer invasivo (por año calendario, por persona cubierta)

**Servicio de atención médica domiciliaria<sup>3</sup>** ..... \$100 por día  
Entre los ejemplos se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y audiolgía; prótesis y aparatos ortopédicos; alquiler o compra de equipo médico duradero (máximo de 30 días por año calendario, por persona cubierta o dos veces el número de días de hospitalización por año calendario, por persona cubierta)

#### **Cuidados paliativos**

(monto máximo del beneficio de \$15,000 para cuidados paliativos iniciales y diarios, de por vida, por persona cubierta)

- **Cuidados paliativos iniciales** ..... \$1,000  
(máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)
- **Cuidados paliativos diarios** ..... \$50 por día

#### **Hospitalización**

Internación hospitalaria (incluida terapia intensiva) requerida para el tratamiento de cáncer invasivo (por persona cubierta)

- **30 días o menos** ..... \$300 por día
- **31 días o más** ..... \$600 por día

#### **Alojamiento** ..... \$75 por día

Gastos de hotel/motel mientras recibes tratamiento por cáncer invasivo a más de 50 millas de distancia del hogar (máximo de 90 días por año calendario, por persona cubierta)

#### **Estudios de diagnóstico por imágenes** ..... \$125 por estudio

Estudios específicos para el tratamiento de cáncer (monto máximo del beneficio de \$250 por año calendario, por persona cubierta)

#### **Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios** ..... \$500 por día

Cirugía en un centro ambulatorio para el tratamiento del cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$1,500 por año calendario, por persona cubierta)

#### **Servicios de enfermería privada de tiempo completo** ..... \$150 por día

Servicios durante la hospitalización distintos de los que se ofrecen habitualmente en un hospital (por persona cubierta)

#### **Prótesis/miembro artificial** ..... \$3,000 por prótesis o miembro

Un implante quirúrgico que se necesite debido a la cirugía de cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$6,000 una vez por vida, por persona cubierta)

#### **Radiación/quimioterapia o inmunoterapia**

(monto máximo del beneficio por persona cubierta)

- **Autoadministrada** ..... \$400 por mes calendario  
Autoinyectada/tópica/oral no hormonal (monto máximo del beneficio de \$4,800 por persona cubierta, por año calendario)
- **Administrada por el médico** ..... \$700 por mes calendario  
Quimioterapia inyectada por personal médico/bomba/inmunoterapia (monto máximo del beneficio de \$8,400 por persona cubierta, por año calendario)
- **Terapia hormonal** ..... \$150 por mes calendario  
Hormonal oral (monto máximo del beneficio de \$1,800 por persona cubierta, por año calendario)

#### **Cirugía reconstructiva** ..... \$60 por unidad quirúrgica

Cirugía para reconstruir defectos anatómicos como resultado del tratamiento de cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$3,000 por cirugía, por persona cubierta; incluye el 25% de la anestesia general; límite de dos por zona)



**Prepararse para lo inesperado es más sencillo de lo que crees. Con Colonial Life, tendrás el apoyo que necesitas para enfrentar los desafíos más difíciles de la vida.**



**Para obtener más información, habla con tu consejero de beneficios de Colonial Life.**

**Segunda opinión médica . . . . . \$300**

*Una segunda opinión médica sobre cirugía o tratamiento posterior al diagnóstico positivo de cáncer invasivo (máximo de una sola vez de por vida, por persona cubierta)*

**Centro de enfermería especializada . . . . . \$150 por día**

*Hospitalización en un centro que tenga cobertura después del alta hospitalaria durante el tratamiento de cáncer invasivo (por persona cubierta, por día hasta el número de días de hospitalización)*

**Medicamentos modificadores o paliativos y factores estimulantes de colonias. \$50 por día**

*Medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$400 por año calendario, por persona cubierta)*

**Intervenciones quirúrgicas. . . . . \$60 por unidad quirúrgica**

*Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios para el tratamiento del cáncer invasivo (monto máximo del beneficio de \$4,800 por procedimiento, por persona cubierta)*

**Transporte . . . . . \$0.50 por milla**

*Gastos de traslado mientras recibes tratamiento por cáncer invasivo a más de 50 millas de distancia del hogar (monto máximo del beneficio de \$1,500 ida y vuelta, por persona cubierta)*

**Exención del pago de primas . . . . . Sí**

*No se pagan primas si el asegurado principal se encuentra incapacitado durante más de 90 días consecutivos (límite máximo de por vida de 24 meses)*

1. Consulta el certificado para obtener las definiciones completas de las afecciones cubiertas.
2. En North Carolina, se pagan los costos actuales incurridos por sangre/plasma/plaquetas/immunoglobulina y su administración, sujetos al monto máximo del beneficio.
3. En Wisconsin, un máximo de 40 días por persona cubierta, por año calendario.

\* El nombre del producto presentado en PA es Seguro Colectivo por Enfermedad Grave Específica. En FL, el nombre del producto presentado es Seguro Colectivo de Beneficios Limitados por Cáncer.

**ESTE SEGURO BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS.**

Esta cobertura es un complemento de un seguro de salud. No sustituye a los beneficios de salud esenciales ni a la cobertura mínima esencial definida en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben tener una cobertura de un seguro médico integral antes de solicitar esta cobertura.

**EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES PARA EL CÁNCER**

No pagaremos el Beneficio de Cáncer Invasivo (incluye todos los tipos de Cáncer de Mama), el Beneficio de Cáncer no Invasivo, el Beneficio Pagadero en Caso de Recurrencia de Cáncer Invasivo (incluye todos los tipos de Cáncer de Mama) o el Beneficio de Diagnóstico Inicial de Cáncer de Piel para el cáncer invasivo o no invasivo de una persona asegurada en los siguientes casos: cuando recibe el diagnóstico o el tratamiento fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, sus dominios o los países de Canadá y México; cuando se trate de una afección preexistente, salvo que la persona asegurada haya cumplido el período de limitación por afección preexistente que figura en el Programa del Certificado en la fecha en que a la persona asegurada se le diagnostica por primera vez cáncer invasivo o no invasivo. No se aplicará una restricción de afecciones preexistentes a los hijos dependientes que

nazcan o se adopten durante el período en el que el asegurado principal esté cubierto por el certificado y que reciban una cobertura continua desde la fecha de nacimiento o adopción.

**EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES PARA LA CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS POR CÁNCER**

No pagaremos Beneficios por Cáncer para el tratamiento de cáncer invasivo, incluido el cáncer de piel si corresponde, en caso de ser una enfermedad preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido con el período de restricción por afecciones preexistentes en la fecha en la que la persona cubierta recibe tratamiento para el cáncer invasivo, incluido el cáncer de piel si corresponde; o si se diagnostica o recibe tratamiento fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, sus dominios o los países de Canadá y México.

**RESTRICCIONES POR AFECCIONES PREEXISTENTES**

No pagaremos un beneficio por una afección preexistente que ocurra durante el período de 12 meses posterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Una afección preexistente se define como una enfermedad o afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron análisis clínicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. El seguro o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en ciertos estados. El seguro contiene exclusiones y restricciones que pueden afectar los beneficios a pagar. Corresponde al formulario de póliza GCI6000-P y al formulario de certificado GCI6000-C (que incluye abreviaturas de los estados, cuando se usen, por ejemplo: GCI6000-C-TX) y formulario de cláusula adicional R-GCI6000-CB. Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llame o escriba a su consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa.



# Seguro Colectivo por Enfermedades Graves\*

## Exclusiones y restricciones

### Exclusiones específicas por estado

**AK:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción.

**CA:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; Intoxicantes y Narcóticos se reemplazan por Intoxicantes o Sustancias Controladas. Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

**CO:** Exclusión por suicidio: ya sea en su sano juicio o no, se reemplaza por en su sano juicio.

**CT:** La Exclusión por Alcoholismo o Drogadicción se reemplaza por Intoxicación o Drogadicción; la Exclusión por Delitos Graves u Ocupaciones Ilegales se reemplaza por Delitos Graves; no se aplican Exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos.

**DC:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción. Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

**DE:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción.

**GA:** Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

**IA:** Los encabezados de las Exclusiones y Restricciones cambiaron de nombre a Exclusiones y Restricciones para Afecciones Cubiertas por Enfermedad Grave y Afecciones Cubiertas por Enfermedad Grave y Cáncer.

**ID:** La Exclusión por Guerra o Conflicto Armado se reemplazó por Guerra; la Exclusión por Delitos Graves y Ocupaciones Ilegales se reemplazó por Delitos Graves; no se aplican exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos; Pareja de hecho se añade a Cónyuge.

**IL:** La Exclusión por Alcoholismo o Drogadicción se reemplazó por Alcoholismo o Trastorno por Abuso de Sustancias.

**KS:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción.

**KY:** No se aplican exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; la Exclusión por Intoxicantes y Narcóticos se reemplaza por Intoxicantes, Narcóticos y Alucinógenos.

**La Prima** variará según la cobertura seleccionada y la edad del asegurado principal. Para las tasas según la edad alcanzada, las primas aumentarán en la fecha de aniversario de la cuenta una vez que el asegurado principal alcance el siguiente intervalo de edad. La prima puede aumentar si se transfiere la cobertura.

**Periodo de Espera,** si está incluido, el Beneficio de Asistencia para el Bienestar está sujeto a un periodo de espera de 30 días. Periodo de espera se refiere a los primeros 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de cada persona cubierta, durante los cuales no se pagarán beneficios.

**Terminación de la cobertura del Asegurado Principal** La cobertura de un asegurado principal conforme a la póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

- la fecha en que finaliza la póliza;
- el titular de la póliza cancela la póliza y no ofrece cobertura de reemplazo;
- al final del periodo de gracia después de la fecha de vencimiento de la prima, si no recibimos la prima requerida para el asegurado principal;

- la fecha en que el asegurado principal ya no esté en una clase elegible;
- la fecha en que la clase del asegurado principal ya no esté incluida en el seguro; o
- la fecha en la que vence la próxima prima después de que el asegurado principal nos solicita que finalicemos la cobertura.

Brindaremos cobertura para una reclamación por el cual seamos responsables según los términos de este certificado si la pérdida ocurre mientras está cubierto.

**LA:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; Pareja de Hecho se añade a Cónyuge.

**MA:** Los encabezados de Exclusiones y Restricciones cambiaron de nombre a Restricciones y Exclusiones por enfermedad grave y cáncer. Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

**MD:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; no se aplican exclusiones por Delitos Graves u Ocupaciones Ilegales; no se aplican exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos; se añade, Se Prohíbe la Derivación del Médico, como una exclusión adicional por cáncer.

**MI:** No se aplican Exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos; no se aplican Exclusiones por Suicidio.

**MN:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; no se aplican Exclusiones por Suicidio; la Exclusión por Delitos Graves y Ocupaciones Ilegales se reemplaza por Delitos Graves o Trabajos Ilegales; la Exclusión por Intoxicantes y Narcóticos se reemplaza por Adicción a Narcóticos. Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

**MO:** La Exclusión por Alcoholismo o Drogadicción se reemplaza por Drogadicción; la Exclusión por Delitos Graves u Ocupaciones Ilegales se reemplaza por Actividades Ilegales.

**MS:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción.

**ND:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción.

**NV:** No se aplican exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos; Pareja de Hecho se añade a Cónyuge.

**PA:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; se elimina la Exclusión por Suicidio: ya sea en su sano juicio o no.

**SD:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; no se aplican Exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos.

**TX:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; la Relación con el médico se añade como exclusión adicional.

**UT:** La Exclusión por Alcoholismo o Drogadicción se reemplaza por Alcoholismo.

**VT:** No se aplican Exclusiones por Alcoholismo o Drogadicción; no se aplican Exclusiones por Intoxicantes y Narcóticos; se elimina la Exclusión por Suicidio: ya sea en su sano juicio o no. Los asegurados deben estar cubiertos por un seguro de salud integral antes de solicitar el seguro.

## Restricciones de afecciones preexistentes específicas por estado

**CA:** Una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta fue diagnosticada o recibió tratamiento dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado.

**FL:** Preexistente es 6/12; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta fue tratada, se hizo estudios médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado. La información genética no es una afección preexistente si carece de un diagnóstico de la afección relacionada con dicha información.

**GA:** Una Afección Preexistente es la existencia de síntomas que harían que una persona normalmente prudente busque un diagnóstico, atención o tratamiento, o bien, una afección para la cual el consejo o tratamiento médico haya sido recomendado o recibido dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

**ID:** Preexistente es 6 meses/12 meses; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física que resultó en que una persona cubierta buscara asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de esta cobertura que figura en el Plan del Certificado.

**IL:** Una Afección Preexistente es una enfermedad o Afección física por la cual una persona cubierta fue diagnosticada, recibió tratamiento, se hizo estudios médicos por un médico legalmente calificado, tuvo asesoramiento médico, presentó síntomas o tomó medicamentos dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan de Beneficios.

**IN:** Preexistente es 6 meses/12 meses.

**MA:** Preexistente es 6 meses/12 meses; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta recibió tratamiento, se hizo estudios médicos o tuvo asesoramiento médico dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el plan del certificado.

**MD:** Una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta recibió tratamiento, se hizo estudios médicos, tuvo asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado. Una afección preexistente no incluye una afección revelada en la solicitud a menos que esté excluida por una cláusula adicional de exención firmada.

**ME:** Preexistente es 6 meses/6 meses; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta recibió tratamiento, se hizo estudios médicos, o tuvo asesoramiento médico dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado.

**MI:** Preexistente es 6 meses/6 meses.

**NC:** Una Afección Preexistente es aquella afección por la cual recibió o se recomendó asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento dentro de un periodo de un año inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de una persona cubierta. Si una persona cubierta tiene 65 años o más cuando se emite esta cláusula adicional, las afecciones preexistentes para esa persona cubierta incluirán solo las afecciones específicamente eliminadas por la cláusula adicional.

**NV:** Preexistente es 6 meses/12 meses; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta recibió tratamiento, se hizo estudios médicos o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Afección Preexistente no incluye información genética en ausencia de un diagnóstico de la afección relacionada con dicha información.

**PA:** Preexistente es 90 días/12 meses; una Afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual tuvo asesoramiento médico o tratamiento dentro de los 90 días anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado.

**SD:** Preexistente es 6 meses/12 meses.

**TX:** Una afección Preexistente es una enfermedad o afección física por la cual una persona cubierta tuvo asesoramiento médico o tratamiento dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura que figura en el Plan del Certificado.

**UT:** Preexistente es 6 meses/6 meses.

**WY:** Preexistente es 6 meses/12 meses.

\*El nombre del producto presentado en IA, PA y WY es Seguro Colectivo por Enfermedades Específicas Graves. En FL y VT, el nombre del producto presentado es Seguro Colectivo por Enfermedad Grave de Beneficio Limitado.

### ESTE SEGURO BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS.

Esta cobertura es un complemento de un seguro de salud. No sustituye a los beneficios de salud esenciales ni a la cobertura mínima esencial definida en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben tener cobertura de un seguro de salud integral antes de solicitar este seguro.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura del seguro disponible. El seguro, su nombre o su disposición puede variar o no estar disponibles en ciertos estados. El seguro contiene exclusiones y restricciones que pueden afectar los beneficios a pagar. Aplicable al formulario de póliza GCI6000-P y al formulario del certificado GCI6000-C (incluidas las abreviaturas de los estados, cuando se utilicen, por ejemplo: GCI6000-C-TX). Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llame o escriba a su consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa. Este formulario no está completo sin el formulario base 385403, 387100, 387169, 402383, 402558 or 387238, y el formulario de cláusula adicional 387307, 387381, 387452, 387523, 387594, 387665, 402605 o 402671.

Suscrito por Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.

© 2024 Colonial Life & Accident Insurance Company. Todos los derechos reservados. Colonial Life es una marca registrada y de comercialización de Colonial Life & Accident Insurance Company.



# Seguro Colectivo por Enfermedad Grave\*

## Beneficio de Apoyo para el Bienestar

El beneficio de apoyo para el bienestar puede ayudar a reducir el riesgo de afecciones graves a través de la detección temprana de enfermedades o factores de riesgo.

Beneficio de apoyo para el bienestar. . . . . \$ **100**

Máximo de una prueba por persona cubierta por año calendario; sujeto a un periodo de espera de 30 días antes de que se pague el beneficio. La prueba debe realizarse después del período de espera.

- Análisis de sangre para controlar los triglicéridos
- Pruebas de la médula ósea
- Pruebas BRCA1 o BRCA2 (análisis genético para la detección de cáncer de mama)
- Ecografía mamaria
- CA 15-3 (análisis de sangre para detectar cáncer de mama)
- CA 125 (análisis de sangre para detectar cáncer de ovarios)
- Doppler de la carótida
- CEA (análisis de sangre para detectar cáncer de colon)
- Radiografía de tórax
- Colonoscopia
- Ecocardiograma (ECHO)
- Electrocardiograma (EKG, ECG)
- Análisis de glucemia en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Análisis para detectar sangre oculta en las heces
- Mamografía
- Prueba de Papanicolaou
- PSA (análisis de sangre para detectar cáncer de próstata)
- Prueba de colesterol sérico para determinar los niveles de HDL y LDL
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para mieloma)
- Biopsia para detectar el cáncer de piel
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Termografía
- Prueba de Papanicolaou con ThinPrep
- Colonoscopia virtual



**Para obtener  
más información,  
habla con tu consejero  
de beneficios de  
Colonial Life.**

\*Consulta el folleto del plan básico para conocer el nombre del producto presentado específico del estado.

### ESTE SEGURO BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS.

Esta cobertura es un complemento de un seguro de salud. No sustituye a los beneficios de salud esenciales ni a la cobertura mínima esencial definida en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben tener una cobertura de un seguro médico integral antes de solicitar esta cobertura.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura del seguro disponible. El seguro o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en ciertos estados. El seguro contiene exclusiones y restricciones que pueden afectar los beneficios a pagar. Aplicable al formulario de póliza de seguro GCI6000-P y al formulario de certificado GCI6000-C (que incluye abreviaturas de los estados, cuando se usen, por ejemplo: GCI6000-C-TX). Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llama o escribe a tu consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa.

Suscrito por Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.

© 2023 Colonial Life & Accident Insurance Company. Todos los derechos reservados. Colonial Life es una marca registrada y de comercialización de Colonial Life & Accident Insurance Company.