

# Cobertura dental, para la vista y de la audición

## Prime DVH

Tres servicios. Una prima.

Ahorre dinero protegiendo sus dientes, su visión y su audición con una sola póliza.

**Sonría más. Vea con claridad. Oiga mejor.**





### Servicios dentales

Tenga consultas dentales regulares sin gastos de bolsillo. Los exámenes médicos regulares pueden proteger sus dientes y su salud general.



### Servicios para la vista

¡Deje de entrecerrar los ojos para ver mejor! Los exámenes de la vista de rutina están cubiertos para que pueda ver lo que se ha perdido y detectar posibles problemas a tiempo.



### Audición

La pérdida de la audición puede producir aislamiento de sus amigos y familiares. Los aparatos auditivos y los exámenes de audición de rutina le ayudan a seguir la conversación.



### ¿Lo sabía?

Medicare Original no cubre los servicios preventivos de cuidado dental, de la vista o de la audición. Por eso, usted debe pagar todo el costo de su propio bolsillo cuando consulta a un dentista, oftalmólogo o audiólogo. ¡Esos costos se van sumando!

**Prime DVH le permite ahorrar dinero y cuesta menos que comprar tres pólizas por separado.**

## Descripción general de Prime DVH



Acceda a 100% de cobertura **sin período de espera** para exámenes dentales, de la visión y de la audición de rutina.<sup>1</sup>



**Edad de emisión:**  
De 0 a 90 años.



Consulte **a cualquier proveedor** que elija o aproveche grandes descuentos si usa la amplia red de proveedores participantes del plan.



La cobertura está disponible para toda la familia: usted, su cónyuge y sus hijos.



Pague primas económicas que no aumentan con la edad. La cobertura **comienza a \$25 por mes.**<sup>2</sup>



¡Emisión y renovación garantizadas de por vida!

<sup>1</sup> Careington Benefit Solutions, una compañía de CAREINGTON International, administra los planes de seguro dental a través de su extensa red Maximum Care. Los beneficios para la audición están administrados a través de la red de TruHearing® que cuenta con más de 3,800 centros de proveedores en todo el país. | <sup>2</sup> Prima para una persona de 40 años con un beneficio máximo anual de \$1,000.



## RESUMEN DE BENEFICIOS

Opciones de beneficios anuales combinados	\$1,000, \$1,500 o \$2,000 por persona asegurada, por año de la póliza
---	--

### SERVICIOS DENTALES

Servicios cubiertos <sup>1</sup>	Servicios preventivos, restaurativos, adyuvantes, de diagnóstico, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia y de cirugía bucal
Tipo I (preventivos)	100% Sin período de espera
Tipo II (básicos)	Pagamos hasta:.* Año 1: 60% por persona asegurada Año 2: 70% por persona asegurada Año 3 en adelante: 80% por persona asegurada Sin período de espera
Tipo III (complejos)	Pagamos hasta:.* Año 1: 60% por persona asegurada Año 2: 70% por persona asegurada Año 3 en adelante: 80% por persona asegurada Período de espera de 9 meses

### SERVICIOS PARA LA VISTA

Beneficio máximo para la vista	\$200 por persona asegurada, por año de la póliza, sujeto al máximo de la póliza
Examen de la vista integral	100% Sin período de espera
Consultas de seguimiento Lentes de contacto, marcos, lentes correctivas para anteojos y ajuste de las lentes correctivas para anteojos	Pagamos hasta:.* Año 1: 60% por persona asegurada Año 2: 70% por persona asegurada Año 3 en adelante: 80% por persona asegurada Período de espera de 9 meses

### AUDICIÓN

Beneficio máximo para la audición	\$500 por persona asegurada, cada 2 años, sujeto al máximo de la póliza
Examen de audición	100% hasta \$75, por persona asegurada, por año de la póliza Sin período de espera
Aparatos auditivos Reparaciones de los aparatos auditivos	Pagamos hasta:.* Año 1: 60% por persona asegurada Año 2: 70% por persona asegurada Año 3 en adelante: 80% por persona asegurada Período de espera de 9 meses

\* Los servicios cubiertos se pagan después de un deducible de la póliza de \$100, por persona asegurada, por año de la póliza. | Para AK, los gastos cubiertos por servicios dentales no incluyen los cargos que exceden los cargos usuales y habituales, como se define en la Póliza. La persona asegurada deberá pagar los cargos que excedan los cargos usuales y habituales.

<sup>1</sup> Ciertos servicios incluyen limitaciones. Consulte los detalles en la Póliza. | Nota: Si una persona asegurada decide recibir procedimientos o servicios dentales que se consideran gastos sin cobertura según la Póliza, un dentista que sea proveedor de la red podrá cobrar su tarifa usual y razonable por dichos procedimientos o servicios. Antes de proporcionarle a una persona asegurada servicios dentales o procedimientos que sean gastos sin cobertura, el dentista deberá proporcionar un plan de tratamiento que incluya todos los servicios o procedimientos que prevé que se proporcionarán y un cálculo aproximado del costo de cada servicio o procedimiento. Para comprender totalmente la cobertura que proporciona la Póliza, deberá leerla detenidamente.

# Beneficios dentales

## Servicios cubiertos de Tipo I

### Preventivos:

- Profilaxis: una vez cada seis meses
- Fluoruro tópico: una vez cada 12 meses, hasta los 16 años
- Selladores: una vez cada 36 meses, hasta los 16 años

### Diagnóstico:

- Evaluaciones bucales: una vez cada seis meses
- Reevaluaciones
- Evaluaciones periodontales integrales: una vez cada seis meses
- Radiografías de aleta de mordida: una vez cada 12 meses
- Aletas de mordida verticales: una vez cada 36 meses
- Moldes para diagnóstico

## Servicios cubiertos de Tipo II<sup>1</sup>

### Preventivos:

- Mantenedores de espacio: hasta los seis años

### Diagnóstico:

- Placas intraorales, placas extraorales y placa panorámica: una vez cada 36 meses

### Restaurativos:

- Amalgama, primario o permanente y compuesto a base de resina

### Adyuvantes:

- Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor<sup>2</sup>
- Seccionamiento de dentaduras postizas parciales fijas
- Anestesia local
- Analgesia: hasta los 13 años
- Inhalación de óxido nitroso
- Consulta
- Aplicación: medicamento desensibilizante y resina desensibilizante para el servicio cervical o de raíz
- Análisis de oclusión y ajuste de oclusión

## Servicios cubiertos de tipo III<sup>1</sup>

### Restaurativos:

- Incrustaciones tipo inlay y onlay (y recementación, una vez cada 12 meses después de un período de espera de seis meses)
- Coronas; pernos colados y reconstrucción de muñón
- Retención de espiga además de restauración: hasta dos procedimientos cada 12 meses
- Restauración protectora
- Empaste dental sedante

### Endodoncia:

- Recubrimiento pulpar; pulpotomía terapéutica; terapia pulpar
- Reparación de la raíz interna de defectos de perforación
- Apexificación/recalcificación o periradicular con apicoectomía (cirugía)
- Empastes retrógrados
- Conducto radicular o terapia endodóntica

### Cirugía bucal:

- Extracción de diente saliente; extracción de diente impactado
- Trasplante de diente
- Alveoloplastia
- Biopsia del tejido bucal, blando o duro; extracción de quistes/tumores de 1.25 cm de diámetro o más
- Incisión y drenaje de absceso
- Aumento de los senos paranasales
- Frenilectomía
- Extirpación del tejido hiperplástico o encía pericoronar

### Prostodoncia:

- Dentaduras postizas parciales y completas: una vez cada cinco años para reemplazar dientes faltantes o rotos en dentaduras postizas completas
- Ajuste y reparación de dentaduras postizas
- Retenedores

### Periodoncia:

- Gingivectomía o gingivoplastia: una vez cada 36 meses
- Procedimiento de colgajo gingival: una vez cada 36 meses
- Procedimientos de injertos de tejido blando y alargamiento de corona clínica del tejido duro
- Cirugía ósea: una vez cada 36 meses
- Injertos para reemplazar el hueso y regeneración de tejido guiada
- Raspado subgingival y alisado radicular: limitado a cuatro cuadrantes por separado cada dos años
- Desbridamiento total de la boca para posibilitar la evaluación y el diagnóstico: una vez cada 36 meses
- Mantenimiento periodontal

Para ver una lista completa de beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte su Póliza. En el caso de que haya discrepancias en este folleto, regirán los términos y condiciones que se establecen en los documentos de la Póliza. Formulario de la póliza de seguro para servicios dentales, de la vista y de la audición CH-26151-IP (10/18) o su variante estatal. | La información que contiene este documento es exacta al momento de su publicación. Este folleto solo ofrece información resumida y los beneficios y las tarifas pueden variar según el estado. <sup>1</sup>En MN y NM, los beneficios de Tipo II y Tipo III incluyen los gastos cubiertos que se indican cuando se reciben para el cuidado y el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) y trastornos de la articulación craneomandibular. <sup>2</sup>En UT, se modifica para decir "Cuidado dental de emergencia paliativo para el tratamiento del dolor dental".

## Beneficio para la audición

### Servicios cubiertos

- Examen de audición
- Compra de aparatos auditivos
- Reparaciones necesarias de los aparatos auditivos

### Otros ahorros ofrecidos por TruHearing

- Los miembros pueden elegir entre una amplia selección de los aparatos auditivos digitales más nuevos a un precio entre el 30% y 60% menos que el precio promedio nacional con más de 3,800 proveedores de todo el país.
- Los miembros tienen un período de prueba sin riesgo de 45 días después de comprar aparatos auditivos a través de TruHearing.

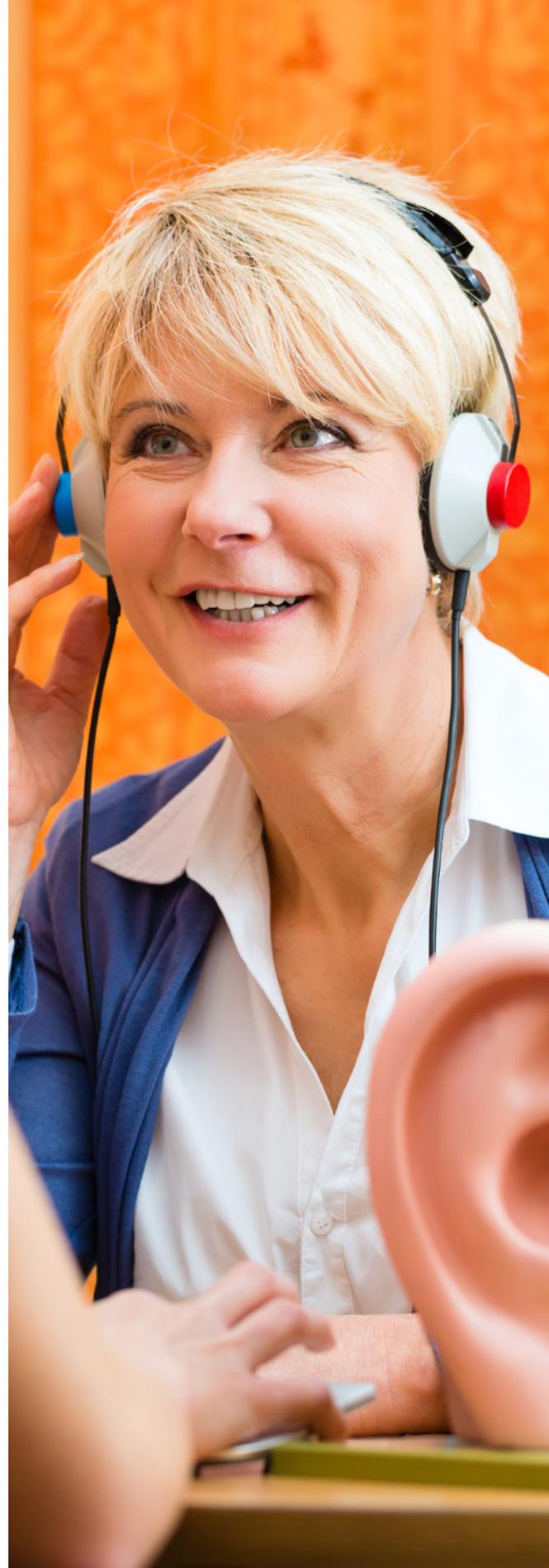
## Beneficios para la vista

### Servicios cubiertos

- Examen de la vista integral
- Consultas de seguimiento y accesorios para la vista, incluidos lentes de contacto, marcos, lentes correctivas para anteojos y ajuste de las lentes correctivas para anteojos

## Período de revisión

Es importante que esté conforme con su cobertura complementaria opcional. Si no está conforme, puede cancelar el plan dentro del período de revisión que se indica en la póliza. Cancelaremos la cobertura a partir de la fecha de vigencia de la póliza y reembolsaremos todas las primas pagadas.



## Aviso sobre el seguro complementario para nuestros clientes

- El plan complementario que se describe en este documento no se relaciona con ninguna cobertura de seguro de salud que haya comprado a otra compañía de seguros.
- Este plan proporciona cobertura opcional con una prima adicional. Su objetivo es complementar el seguro de salud y proporcionar protección adicional.
- No es obligatorio contar con este plan a fin de comprar un seguro de salud a otra compañía de seguros.
- Este plan no debe usarse en reemplazo de un seguro de salud con cobertura integral. No se lo considera una Cobertura Esencial Mínima en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

## AVISO IMPORTANTE PARA PERSONAS QUE TIENEN MEDICARE. ESTE NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE.

**Algunos servicios para el cuidado de la salud pagados por Medicare también pueden dar lugar al pago de beneficios en virtud de la Póliza.**

Si cumple con las condiciones de la Póliza, este seguro proporciona beneficios limitados por los gastos relacionados con los servicios específicos que se detallan en la Póliza. No paga los deducibles o coseguros de Medicare, ni reemplaza ningún Seguro Complementario de Medicare.

**Medicare paga beneficios extensos por servicios médicamente necesarios, independientemente del motivo por el cual los necesite. Esto incluye lo siguiente:**

- Hospitalización
- Servicios de un médico
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios si está inscrito en la Parte D de Medicare
- Otros artículos y servicios aprobados

### Antes de comprar este seguro

- ✓ Verifique la cobertura que ofrecen TODAS las pólizas de seguro de salud que tenga.
- ✓ Para obtener más información sobre Medicare y el Seguro Complementario de Medicare, revise la *Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare*, disponible en la compañía de seguros.
- ✓ Para solicitar ayuda para comprender su seguro de salud, comuníquese con el departamento de seguros de su estado o con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (state health insurance assistance program, SHIP).

## Otra información importante

### Definiciones (consulte la Póliza para ver otras definiciones importantes):

- **Gastos dentales cubiertos** significa los cargos usuales y habituales para los suministros y servicios dentales cubiertos conforme a la Póliza que paga la persona asegurada, y no están excluidos o limitados de otra manera en la Póliza. Los gastos dentales cubiertos se pagan en la fecha en la que se presta el servicio o la fecha en la que se paga el cargo por el suministro. Los gastos dentales cubiertos deben pagarse mientras esta cobertura esté vigente.
- **Gastos cubiertos para servicios de audición** significa el cargo real para los servicios y suministros enumerados en el programa de la Póliza. Cuando los servicios son brindados por un proveedor de la PPO, "gastos cubiertos para servicios de audición" significa la tarifa negociada que esté vigente con una PPO la fecha en la que se paga el gasto cubierto.
- **Organización de Proveedores Participantes** (Participating Provider Organization, PPO) significa un grupo de médicos u otros proveedores que han firmado un contrato con la Compañía o una organización designada por la Compañía para brindar servicios, tratamiento y suministros a una persona asegurada a una tarifa negociada.
- **Cargos usuales y habituales** significa el cargo que resulta el menor de los siguientes: 1. el cargo real; 2. el cargo que suele cobrar por el gasto cubierto el proveedor que lo brinda; o 3. el cargo que equivale al percentil n.º 75 de los cargos facturados por los proveedores en el área geográfica. Cuando los servicios son brindados por un proveedor de la PPO, "gastos usuales y habituales" significa la tarifa negociada que esté vigente con una PPO la fecha en la que se paga el gasto cubierto.<sup>1</sup>
- **Gastos cubiertos para servicios de la vista** significa el cargo real para los servicios y suministros enumerados en el programa de la Póliza. Cuando los servicios son brindados por un proveedor de la PPO, "gastos cubiertos para servicios de la vista" significa la tarifa negociada que esté vigente con una PPO la fecha en la que se paga el gasto cubierto.
- **Período de espera** significa el período consecutivo que comienza a partir de la fecha de vigencia de la cobertura en la cual una persona asegurada debe estar cubierta conforme a la Póliza antes de que los beneficios sean pagaderos. El período de espera se muestra en el programa de la Póliza.

<sup>1</sup>AK: se modifica "75.º" por "80.º".

## Otra información importante

### EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

#### No proporcionaremos beneficios por cargos que surjan, directa o indirectamente, en parte o en su totalidad, de lo siguiente:<sup>1</sup>

El tratamiento, el cuidado, los servicios o los suministros que no están específicamente contemplados en la Póliza | Los cargos que exceden el máximo de beneficio, si hubieran | El intento de suicidio o cualquier lesión autoinfligida de manera intencional<sup>2</sup> | La participación directa o indirecta en una actividad ilegal<sup>3</sup> | El tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular<sup>4</sup> | Un servicio no provisto por un dentista, SALVO que el dentista ordene un servicio a cargo de un higienista dental bajo la supervisión del dentista y radiografías | Procedimientos estéticos, SALVO que sea debido a una lesión o por una malformación congénita o del desarrollo. El revestimiento de coronas o puentes posteriores al segundo premolar se considera estético | El reemplazo de dentaduras postizas completas y parciales, puentes, o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal | Implantes; reemplazo de aparatos perdidos o robados; reemplazo de retenedores ortodónticos; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o de semiprecisión; duplicación de dentadura postiza; o férulas | Control del sarro; llenado de formularios de reclamo; citas canceladas; fluoruro con o sin receta; o fotografías de diagnóstico | Reemplazo de cualquier aparato ortopédico, corona, incrustación tipo inlay o restauración tipo onlay, o puente fijo, dentro de los 5 años de la fecha del último reemplazo, A MENOS que sea por una lesión | Imágenes bucales/faciales, incluidas las imágenes intra- y extrabucales | Pruebas de vitalidad pulpar | Extracciones de pernos A MENOS que se hagan junto con una terapia endodóntica | Carillas dentales labiales (laminados) | Reimplante intencional, incluida la férula necesaria | Procedimiento quirúrgico para aislamiento del diente con capa de goma | Preparación del conducto y ajuste de muñón o pasador preformado | Anestesia para bloqueo regional | Llamadas al hospital, domicilio o centro de cuidado prolongado | Visitas al consultorio con el propósito de observación, durante o después del horario normal de atención | Visitas al consultorio después del horario normal de atención<sup>5</sup> | Microabrasión de esmalte | Colocación inicial de una dentadura postiza removible parcial o completa, o un puente fijo, si requiere el reemplazo de uno o más dientes naturales perdidos antes de que la cobertura haya entrado en vigencia según la Póliza. Esta limitación no se aplica si el reemplazo incluye un diente natural extraído mientras tenía cobertura de la Póliza | Servicios no concluidos al final del mes en que se cancela la cobertura<sup>6</sup> | Procedimientos iniciados, pero no finalizados<sup>7</sup> | Servicios por los que no se cobraría ningún cargo en ausencia de seguro o cualquier servicio o tratamiento que se proporciona sin cargo | Servicios relacionados con una guerra o un acto de guerra, declarada o no declarada, o con una afección contraída o un accidente ocurrido mientras se prestaba servicio activo a tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o conjunto de países<sup>8</sup> | Los servicios, los suministros, el cuidado o el tratamiento de una afección para la cual los beneficios son pagaderos en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes Laborales o una ley similar<sup>9</sup> | Procedimientos ortodónticos | Gastos cubiertos que la persona asegurada no está obligada legalmente a pagar | Entrenamiento visual u ortóptico y evaluaciones complementarias asociadas | Lentes de venta libre | Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos | Cualquier tipo de cirugía correctiva de la vista, incluida la cirugía LASIK | Cualquier examen médico de la vista o artículos para la vista correctivos que exija un empleador como condición de empleo | Artículos para la vista de protección | Reemplazo de lentes, marcos, vidrios o lentes de contacto perdidos o rotos | Ajuste de lentes de contacto | Lentes sin receta o dispositivos para visión subnormal | Servicios prestados o suministros comprados fuera de los EE. UU. o Canadá, a menos que la persona asegurada resida en los EE. UU. o Canadá y los cargos se paguen durante un viaje de negocios o placer | Tratamiento o dispositivo experimental/en investigación o no convencionales | Cargos pagados después de que la Póliza se ha cancelado y la cobertura ha terminado | Dispositivos de ayuda auditiva (Assistive Listening Devices, ALD) | Tratamiento médico o quirúrgico de las estructuras internas o externas del oído | Aparatos auditivos no recetados por un audiólogo o un médico | Dispositivos de protección o tapones para oídos | Mantenimiento de los aparatos auditivos, como baterías, contratos de mantenimiento/servicio, ajustes y moldes del oído. **Regla del diente faltante, pero no reemplazado:** La cobertura para la primera instalación de dentaduras postizas extraíbles, los puentes fijos y otros servicios protésicos o prostodónticos de Tipo III están sujetos a los requisitos que dichas dentaduras postizas extraíbles, puentes fijos y otros servicios protésicos son (1) necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales que se extrajeron mientras la Póliza estaba vigente para la persona asegurada; y (2) no son pilares de una dentadura postiza parcial, puentes extraíbles o puentes fijos instalados en los 8 años anteriores.

### Información sobre la cobertura:

**INICIO DE LA COBERTURA:** Una vez que Chesapeake apruebe la solicitud y usted pague la prima, la cobertura comenzará en la fecha de la Póliza que figura en el programa de la Póliza.

**RENOVABILIDAD:** Su Póliza tiene renovabilidad garantizada, sujeto al derecho de Chesapeake de discontinuar o cancelar la cobertura tal como se establece en la sección "Cancelación de la cobertura" de la Póliza.<sup>10</sup>

**CAMBIOS EN LA PRIMA:** Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de primas, a nivel de cada clase, pagaderas en virtud de la Póliza, en cualquier momento y de manera periódica, siempre y cuando le haya dado aviso por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas. El cambio se hará según cada clase. La prima de la Póliza se basa en la edad de emisión de la persona asegurada cuando la Póliza entra en vigencia.<sup>11</sup>

**CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura se cancelará y ningún beneficio será pagadero en virtud de la Póliza y las cláusulas adicionales adjuntas, si hubiera: | Al final del período por el que se ha pagado la prima (sujeto al período de gracia)<sup>12</sup> | Si la modalidad de pago de la prima es mensual, al final del período por el que se ha pagado la prima luego de que recibamos su solicitud de cancelación<sup>13</sup> | Si la modalidad de pago de la prima no es mensual, después de la siguiente fecha de aniversario mensual luego de que recibamos su solicitud de cancelación. Se reembolsarán las primas que se paguen con posterioridad a la fecha de cancelación<sup>14</sup> | En la fecha que cometa un acto o práctica que se considere fraude; o que haga una declaración falsa intencional de un hecho material en relación con la cobertura en virtud de la Póliza, incluidos los reclamos para los beneficios conforme a la Póliza | En la fecha en la que elijamos discontinuar este plan o tipo de cobertura<sup>15</sup> | En la fecha en la que elijamos discontinuar toda la cobertura en su estado<sup>16</sup> | En la fecha en la que la persona asegurada deje de ser residente permanente en los Estados Unidos.<sup>17</sup>

<sup>1</sup>IL: se elimina "o indirectamente" | <sup>2</sup>MI, MN: se elimina por completo | <sup>3</sup>CA: se modifica para decir "cualquier siniestro para el cual haya contribuido como causa la comisión o el intento de comisión de un delito por parte de la persona asegurada, o la participación de esta en una ocupación ilegal" | CT: se modifica "ilegal" por "delictivo" | IL: se elimina "o indirectamente" y se reemplaza "actividad" por "ocupación" | MI: se modifica para decir "participación directa o indirecta en una actividad criminal deliberada según la sección 500.3452 de la Ley Compilada de Michigan" | NE: se modifica para decir "participación en una ocupación ilegal" | UT: se elimina "o indirectamente" | <sup>4</sup>MN, NM: se elimina por completo | <sup>5</sup>AK: se agrega "tarifas en exceso cobradas por" antes de "consultorio" | <sup>6</sup>TN: se elimina por completo | <sup>7</sup>TN: se agrega "dentro de los 30 días después de cancelada la Póliza" | <sup>8</sup>AR: se agrega "Después de recibir la solicitud por escrito, las primas se reembolsarán de forma prorrateada por el período de dichos servicios militares" | <sup>9</sup>CA: se modifica "pagadero" por "pagado" | KS: se modifica para decir "Los beneficios no se brindarán para los servicios o lesiones o enfermedades que se relacionen con su trabajo, en la medida en que tenga cobertura o deba tener cobertura conforme a la Ley de Seguro de Accidentes Laborales. Si llega a un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar los beneficios médicos futuros según la Ley de Seguro de Accidentes Laborales, la póliza no pagará dichos beneficios médicos que se habrían pagado si no existiera el acuerdo" | <sup>10</sup>AZ, DE, IA, KS, KY, ND, TN: se modifica "garantizada" por "condicional" | <sup>11</sup>AK: se modifica "31 días" por "45 días" | IL: se elimina "y de forma periódica" | KY: se modifica la primera oración para decir "Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de las primas, según cada clase; sin embargo, la tabla de las primas no aumentará dentro de los 12 meses desde la fecha de emisión de la renovación. Si cambiamos las primas, le avisaremos por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas". | LA: se modifica "31 días" por "45 días" y se agrega "Dichas tarifas no aumentarán más de una vez cada seis meses, después del período inicial de doce meses". | MS, NM, WI: se modifica "31 días" por "60 días" | PA: se agrega "y cualquier aumento en las tarifas de las primas que haya aprobado el Departamento de Seguros de Pennsylvania" después de "nuevas tarifas" | UT: se modifica "31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas" por "45 días antes de la fecha de renovación después de la cual las nuevas tarifas entrarán en vigencia" | <sup>12</sup>MO: se agrega "si la cobertura se cancela debido a la falta de pago de la prima, le daremos al menos 30 días después de la fecha en la que enviamos el aviso por escrito acompañado por el motivo de la cancelación" | KY, ND: se agrega "no" antes de "hayan pagado" | <sup>13</sup>AK, OH: se modifica para decir "en la fecha en la que recibamos su solicitud de cancelación" | KS: se elimina por completo | MO: se modifica para decir "en la fecha en la que recibamos su solicitud de cancelación o en la fecha especificada en su solicitud de cancelación, lo que sea posterior" | <sup>14</sup>AK, KS, MO, OH: se elimina por completo | <sup>15</sup>AK, TN: se agrega "le avisaremos ("45" para AK; "30" para TN) días antes de que se suspenda la cobertura" | LA: se agrega "Le avisaremos por escrito sobre dicha suspensión al menos 60 días antes de la fecha en la que se suspenda la cobertura" | <sup>16</sup>AK, TN: se agrega "le avisaremos al menos ("45" para AK; "30" para TN) días antes de que se suspenda la cobertura" | <sup>17</sup>AK: se agrega "Devolveremos de manera oportuna la parte no devengada de la prima pagada, pero, en ningún caso, transcurrirán más de 45 días para la devolución. La prima devengada se computará de manera prorrateada".

Para uso en AK, AL, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, IA, IL, KS, KY, LA, MI, MN, MO, MS, ND, NE, NM, OH, PA, TN, UT, WI y WY

# Sortee las vicisitudes de la vida

con la cartera de productos de seguros complementarios de SureBridge

**Accidentes | Servicios dentales | Discapacidad  
| Indemnización fija | Enfermedad | Metal Gap |  
Servicios para la vista**

**SureBridgeInsurance.com  
(800) 815-8535**

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.,  
en todas las zonas horarias



**SureBridge**<sup>®</sup>  
Underwritten by  
The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>

## Acerca de nosotros

SureBridge es una de las marcas líderes en la cobertura de seguros complementarios de los Estados Unidos, y ayuda a proporcionar seguridad financiera a estadounidenses de todas las edades y sus familias. Nuestra cartera integral de productos está disponible a través de agentes de seguros con licencia en 46 estados y en el Distrito de Columbia, y a través de HealthMarkets Insurance Agency Inc., además de otros distribuidores de seguros no afiliados. Los titulares de pólizas SureBridge pueden recibir beneficios directos en efectivo por gastos ocasionados por problemas médicos imprevistos, enfermedades prolongadas y dificultades al final de la vida.

La cartera de SureBridge incluye planes dentales, de la vista y otros planes de seguros que complementan el seguro de salud de la persona. Estos planes proporcionan un nivel adicional de protección en caso de lesiones accidentales, enfermedades catastróficas, hospitalización o cáncer.

SureBridge<sup>®</sup> es una marca registrada que se usa para productos de seguros y no relacionados con seguros ofrecidos por subsidiarias de HealthMarkets, Inc. Los productos de seguro complementario están asegurados por The Chesapeake Life Insurance Company<sup>®</sup>. Las oficinas administrativas se encuentran ubicadas en North Richland Hills, TX. Los productos se comercializan a través de productores y agentes independientes. El diseño y la disponibilidad del producto de seguro pueden variar según el estado.