

Cobertura de Discapacidad por Accidente

Accident Disability Direct

Los beneficios en efectivo se le pagan directamente a usted... en tiempos de una discapacidad relacionada con un accidente





¿Qué es la discapacidad por accidente?

Siempre puede ocurrir un accidente y el plan de **Accident Disability Direct** puede ayudarlo financieramente si llegara a sucederle. Este plan le paga **beneficios mensuales en efectivo** directamente a usted, en los momentos en que una lesión accidental resulte en discapacidad total dejándolo sin poder trabajar. Puede usar el dinero para pagar gastos médicos inesperados o gastos cotidianos.

Es fácil de solicitar y lo puede completar en minutos.

Accident Disability Direct en un vistazo



Paga un beneficio \$2,500 mensual en efectivo por un período de discapacidad total que sea verificado por un médico a causa de una lesión.



Incluye el beneficio de exoneración de prima



Los beneficios se le pagan directamente a usted, no a su médico u hospital



Primas económicas que no aumentan con su edad y con una cobertura que inicia en \$5.16 al mes¹

¹ Nivel de beneficio mensual de \$1,000 para mujeres que realicen trabajos administrativos con un período de beneficio de 12 meses y un período de eliminación de 30 días.

Los beneficios en efectivo se pueden usar para:



Copagos o coseguros



Alquiler/hipoteca



Pago del automóvil



Cuidado de menores



Gastos cotidianos

¿Sabía que?

95%

de las lesiones incapacitantes ocurren fuera del trabajo, lo que significa que la compensación laboral no las cubre.¹



¹Council for Disability Awareness, Long-Term Disability Claims Review, 2014

¿Cómo funciona la cobertura?

Paga un beneficio mensual en efectivo por un período de discapacidad total a causa de una lesión, que sea verificado por un médico.

Opciones de beneficios disponibles: \$500, \$1,000, \$1,500, \$2,000 y \$2,500. El beneficio no puede exceder el 60% de su ingreso mensual anterior.

El asesoramiento médico, la consulta o el tratamiento deben comenzar dentro de los 30 días posteriores a la lesión que causó su discapacidad total.

Beneficio de exoneración de la prima: Después de un periodo de 90 días consecutivos de discapacidad total, este beneficio lo exonera de la prima mensual, hasta el periodo máximo pagadero, sin interrupción en la cobertura. Los pagos de la prima deben continuar en los 31 siguientes a la expiración del beneficio de exoneración de la prima para continuar con la cobertura.

Opciones de periodo máximo pagadero: 12 cada 24 meses

Opciones de periodo de eliminación: 14, 30, 60 o 90 días

Primas mensuales (trabajador administrativo)

Preferido del consumidor

	\$500		\$1,000		\$1,500		\$2,000		\$2,500	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
30 años	\$3.56	\$3.05	\$6.02	\$5.16	\$9.18	\$7.87	\$12.50	\$10.72	\$15.83	\$13.57

Primas mensuales (trabajador operativo)

Preferido del consumidor

	\$500		\$1,000		\$1,500		\$2,000		\$2,500	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
30 años	\$8.90	\$7.63	\$15.04	\$12.89	\$22.95	\$19.67	\$31.26	\$26.80	\$39.57	\$33.92

Las tablas anteriores son solo una ilustración de las opciones de beneficios y primas por individuo para los planes con un periodo de eliminación de 30 días y un periodo de beneficio de 12 meses. Como lo define la Academia Americana de Actuarios, "trabajadores operativos" se refiere a trabajadores sindicalizados y por hora. Todos los demás trabajadores están clasificados como "trabajadores administrativos".

Estado preferido del consumidor: Basado en el 32% de clientes con el nivel de beneficio mensual de \$2,500 (8/2016).

Este folleto únicamente proporciona información resumida. La información que se presenta en este material es exacta al momento de la publicación. Este plan no pretende reemplazar el seguro de salud por accidente y enfermedad y no debe interpretarse como tal. Para obtener una lista completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones, consulte su Póliza. En caso de cualquier discrepancia contenida en este folleto, regirán los términos y las condiciones incluidas en los documentos de la Póliza. Póliza de seguro de ingreso por discapacidad solo por accidente, formulario CH-26114-IP (01/10) TX.

Aviso para nuestros clientes acerca del Seguro complementario

- El plan complementario que se analiza en este documento es diferente de cualquier cobertura de seguro médico que haya comprado con otra compañía de seguros.
- Su propósito es complementar su seguro médico y proporcionarle la protección adicional que necesita.
- No se requiere este plan para comprar un seguro médico con otra compañía aseguradora.
- No se debe usar este plan como un sustituto de una cobertura de seguro médico integral. No se considera como Cobertura Mínima Esencial bajo la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio.



Otra información importante:

DEFINICIONES (Consulte la Póliza para conocer otras definiciones importantes):

- **Activo en el trabajo** significa trabajar de manera permanente por lo menos 12 horas a la semana, por un salario; y realizar las tareas materiales y sustanciales de un trabajo regular o cualquier otro trabajo por el que el asegurado califique por razón de educación, capacitación o experiencia.
- **Discapacidad total o Totalmente discapacitado** significa que por causa de un accidente, usted: 1) está bajo la atención de un médico calificado legalmente; y 2) no sea capaz de desempeñar actividades materiales y sustanciales de su trabajo regular o cualquier otro trabajo para el cual esté calificado por su educación, formación, experiencia, según lo certifique un médico calificado legalmente bajo solicitud.
- **Lesión** es el daño al cuerpo causado por un accidente que resulta en trauma inesperado, que requiere atención médica inmediata y no haya sido causada, directa ni indirectamente, por una enfermedad. La lesión debe ocurrir por primera vez después de que la cobertura del asegurado ha entrado en vigor y mientras la cobertura esté vigente.
- **Periodo de eliminación** significa el periodo consecutivo de tiempo desde la fecha en la que usted es considerado totalmente discapacitado antes de que la indemnización mensual sea pagadera. El periodo de eliminación se muestra en el programa de la póliza de beneficios.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No proporcionaremos beneficios por pérdidas causadas por, resultante de o en conexión con:

Enfermedad, incluyendo pero sin limitarse a embarazo y parto | Lesiones que ocurran mientras la Póliza no esté vigente para el asegurado | Cualquier acto de guerra, declarado o no declarado | Servicio militar activo de cualquier país | Participación en un disturbio, conmoción civil o insurrección | Suicidio, intento de suicidio o cualquier lesión autoinfligida de forma intencional, ya sea en sano juicio o no | Trastornos mentales o nerviosos con enfermedad orgánica comprobable | Cirugía cosmética | Operación de cualquier vehículo de pasajeros por un salario, compensación o ingreso | Abuso de sustancias o adicción, incluyendo alcoholismo o sobredosis de drogas, narcóticos o alucinógenos, de manera directa o indirecta | Una sobredosis de drogas, estar intoxicado o bajo la influencia de estupefacientes, alucinógenos, narcóticos u otras drogas, de manera directa o indirecta | Involucrarse directa o indirectamente en una ocupación o actividad ilegal o ser encarcelado | Cometer o tratar de cometer un delito grave | Montañismo con cuerdas u otros equipos, paracaidismo, vuelo con ala delta, carrera de cualquier tipo de vehículo en un evento organizado o no organizado, paracaidismo, buceo por debajo de 130 pies, carreras motorizadas, paravelismo, aviación experimental, vuelo ultraligero, salto base, puéting, esquiar (heliesquí), patinar o deslizarse en la nieve (heli-snowboard) | Viajar en o descender de cualquier vehículo o artefacto de navegación aérea en una aeronave operada por una aerolínea comercial (diferente de una compañía de vuelos chárter) certificada por la Administración Federal de Aviación de los Estados Unidos (FAA, por sus siglas en inglés), en un viaje de pasajeros programado regularmente.

Derecho de inspección: Es posible que le solicitemos información relacionada con sus ingresos personales antes de impuestos, gastos comerciales permitidos, y otros planes, incluyendo la declaración de impuestos, de los periodos anteriores y después de haber empezado un periodo de discapacidad total. Si no proporciona dicha información puede resultar en su descalificación para recibir el pago del beneficio bajo la Póliza. Los beneficios están sujetos a la coordinación con otra compensación.

Otra información importante (continuación)

Información de la cobertura:

- **INICIO DE LA COBERTURA:** Después de que Chesapeake apruebe su solicitud y usted realice el pago de su prima, la cobertura comenzará en la fecha de la Póliza que se muestra en el programa de la Póliza.
- **RENOVABILIDAD:** Se garantiza la renovación de su Póliza hasta la edad de 65 años, sujeto al derecho de Chesapeake de suspender o rescindir la cobertura, tal como se establece en la sección de Terminación de la cobertura de la Póliza.
- **CAMBIOS DE PRIMA:** Chesapeake se reserva el derecho de cambiar la tabla de las primas, basado en la clasificación, cuya vigencia se venza bajo la Póliza en cualquier momento y periódicamente, siempre que Chesapeake le haya enviado un aviso por escrito al menos 60 días antes de la fecha de entrada en vigor de las nuevas tarifas. El monto de la prima de la Póliza puede cambiar debido a un cambio en su actividad laboral.
- **CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:** Su cobertura terminará y ningún beneficio será pagadero bajo la Póliza en los siguientes casos: Al final del mes para el cual se ha pagado la prima (sujeto al período de gracia), salvo como se establece en la Disposición de exoneración de primas | Al final del mes siguiente a la fecha de la recepción de su solicitud de cancelación | En la fecha en que cometió el fraude o hizo una declaración falsa intencional de naturaleza material | En la fecha que elijamos para descontinuar este plan o tipo de cobertura o toda la cobertura en su estado | Cuando cumpla 65 años | La prima solo se reembolsará por los meses completos pagados después de la fecha de cancelación.

Enfrente los altibajos de la vida

con el portafolio de productos de seguros complementarios de SureBridge

Accidentes | Dental | Discapacidad | Indemnización fija por enfermedad | Metal Gap | Vista

SureBridgeInsurance.com

(800) 815-8535

Los fines de semana de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en todas las zonas horarias.



SureBridge[®]
Underwritten by
The Chesapeake Life Insurance Company[®]

Acerca de nosotros

SureBridge es una de las marcas líderes de cobertura de seguro complementario en los Estados Unidos, que ayuda a brindar seguridad financiera a los estadounidenses de todas las edades y sus familias. Nuestro portafolio de productos completo está disponible por medio de los agentes de seguros autorizados en 46 estados y el Distrito de Columbia, a través de HealthMarkets Insurance Agency Inc., así como de otros distribuidores de seguros no afiliados. Los titulares de póliza de SureBridge pueden recibir beneficios directos en efectivo para gastos ocasionados por asuntos médicos inesperados, enfermedades desarrolladas y desafíos al final de la vida.

El portafolio de SureBridge incluye planes dentales, para la vista y de otra índole que complementan el seguro médico de una persona. Estos planes ayudan a proporcionar protección adicional en caso de lesión accidental, enfermedad catastrófica, hospitalización o cáncer.

SureBridge es una marca comercial registrada usada tanto para productos de seguros como los que no son de seguros ofrecidos por subsidiarias de HealthMarkets, Inc. Los productos de seguros complementarios están suscritos por The Chesapeake Life Insurance Company[®]. Las oficinas administrativas están ubicadas en North Richland Hills, TX. Los productos son comercializados a través de agentes/productores independientes. La disponibilidad de los productos de seguros puede variar según el estado.