

Group Accidental Death & Dismemberment Insurance

Underwritten by:
Federal Insurance Company,
a Chubb company

202 Hall's Mill Road, PO Box 1600
Whitehouse Station, NJ 08889-1600

Important Notice - Please Read this Description of Coverage Carefully

As a handy reference guide, please read this document and keep it in a safe place with your other insurance documents. This description of coverage is not a contract of insurance but is a summary of the principal provisions of the insurance while in effect. Complete policy provisions are contained in the Master Policy, 9907-88-87, which can be obtained by contacting the Policy Administrator.

This insurance is subject to the eligibility and effective date requirements of the group policy issued to:

POLICYHOLDER: American Better Health Organization
GROUP POLICY NO.: 9907-88-87

MEMBER ELIGIBILITY

Class 1 - All members of the Policyholder enrolled in the Plus – Single \$(X) or Premier – Single \$(X) level of membership.

Class 2 – All members of the Policyholder enrolled in the Plus – Couple \$(X) or Premier – Couple \$(X) level of membership, as well as their Spouse or Domestic Partner.

Class 3 – All members of the Policyholder enrolled in the Plus – Single Parent \$(X) or Premier – Single Parent \$(X) level of membership, as well as their Dependent Children.

Class 4 – All members of the Policyholder enrolled in the Plus – Family \$(X) or Premier – Family \$(X) level of membership, as well as their Spouse or Domestic Partner, and Dependent Children.

- 1) No person insured as a Primary Insured Person can be insured as a Dependent; and
- 2) No person shall be insured as a Dependent of more than one Primary Insured Person.

If, subject to all the terms and conditions of this policy a person is eligible for insurance under multiple Classes of Insured Persons, then such person will only be insured under the Class which provides the Insured Person the largest Benefit Amount for the loss that has occurred.

DATE INSURED PERSON'S INSURANCE TAKES EFFECT – Insurance becomes effective on the latest of: 1) the effective date of the policy, 2) the date on which an Insured Person first meets the eligibility criteria, or 3) the beginning of the period for which required premium is paid.

DATE INSURED PERSON'S INSURANCE ENDS – An Insured Person's insurance will end at the earliest of: 1) the date the group policy ends, in its entirety or with respect to such Insured Person's Class; 2) the expiration of the period for which the last premium has been paid for an Insured Person's insurance; 3) the date on which a person no longer meets the eligibility criteria as an Insured Person.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS

We will pay the applicable Benefit Amount if an Accident results in a covered Loss not otherwise excluded. The Accident must result from an insured Hazard and occur while an Insured Person is insured under this policy, while it is in force. The covered Loss must occur within one (1) year after the Accident. Insured Persons are covered for a Benefit Amount, as listed below, 24 hours a day, 365 days a year, while on business or pleasure.

BENEFIT AMOUNT – \$(X)

100% of the Benefit Amount is payable for Accidental: Loss of Life; or Loss of Speech and Loss of Hearing; or Loss of Speech and one of: Loss of Hand, Foot or Sight of One Eye; or Loss of Hearing and one of: Loss of Hand, Foot or Sight of One Eye; or Loss of both Hands, both Feet, Loss of Sight or any combination thereof. **50%** of the Benefit Amount is payable for Accidental: Loss of Hand, Foot or Sight of One Eye (any one of each); or Loss of Speech or Loss of Hearing. **25%** of the Benefit Amount is payable for Accidental: Loss of Thumb and Index Finger of the same hand.

If an Insured Person suffers multiple covered Losses as the result of one (1) Accident, then We will only pay the single largest Benefit Amount applicable to all such covered Losses.

Extensions of Insurance: Disappearance If an Insured Person has not been found within one (1) year of the disappearance, stranding, sinking, or wrecking of any Conveyance in which an Insured Person was an occupant at the time of the Accident, then it will be assumed, subject to all other terms and conditions of this policy, that an Insured Person has suffered Loss of Life insured under this policy. **Exposure** If an Accident resulting from an insured Hazard causes an Insured Person to be unavoidably exposed to the elements and as a result of such exposure an Insured Person has a Loss, then such Loss will be insured under this policy.

ADDITIONAL BENEFITS

Accident Medical Expense: We will reimburse Medical Expenses up to \$(X) if Accidental Bodily Injury causes an Insured Person to first incur Medical Expenses for care and treatment of the Accidental Bodily Injury within 90 days after an Accident. The Benefit Amount for Accident Medical Expense is payable only for Medical Expenses incurred within 52 weeks after the date of the Accident causing the Accidental Bodily Injury. The Benefit Amount is subject to a Deductible of \$(X). The Deductible will be deducted from any Benefit Amount for Accident Medical Expense that We pay. This Deductible applies separately to each Insured Person and each Accident.

Excess Provision (not applicable to Insured Persons residing in Texas): The Accident Medical Expense benefit is payable on an excess basis. We will determine the Reasonable and Customary Charge for the covered Medical Expense. We will then reduce that amount by amounts already paid or payable by any Other Plan. We will pay the resulting amount less the Deductible. In no event will We pay more than the Maximum Benefit Amount for Accident Medical Expense.

Limitation on Accident Medical Expense

The Benefit Amount for Excess Accident Medical Expense does not apply to charges and services:

- 1) for which an Insured Person has no obligation to pay;
- 2) for any injury where worker's compensation benefits or occupational injury benefits are payable;
- 3) for any injury occurring while fighting, except in self-defense; or
- 4) for treatment that is educational, experimental or investigational in nature or that does not constitute accepted medical practice; or
- 5) for treatment by a person employed or retained by the Policyholder
- 6) for treatment involving conditions caused by repetitive motion injuries, or cumulative trauma and not as the result of an Accidental Bodily Injury.

This insurance applies only to Medically Necessary charges and services.

EXCLUSIONS

This policy does not apply to the extent that trade or economic sanctions or other laws or regulations prohibit us from providing the insurance. In addition no benefits will be paid for any Accident caused by or resulting from, directly or indirectly, any of the following: 1) an Insured Person being in, entering, or exiting any aircraft: a) owned, leased or operated by the Policyholder or on the Policyholder's behalf; or b) operated by an employee of the Policyholder on the Policyholder's behalf; 2) an Insured Person riding as a passenger in, entering, or exiting any aircraft while acting or training as a pilot or crew member. (This exclusion does not apply to passengers who temporarily perform pilot or crew functions in a life threatening emergency.); 3) an Insured Person's emotional trauma, mental or physical illness, disease, pregnancy, childbirth or miscarriage, bacterial or viral infection, bodily malfunctions or medical or surgical treatment thereof. (This exclusion does not apply to an Insured Person's bacterial infection caused by an Accident or by Accidental consumption of a substance contaminated by bacteria.); 4) an Insured Person's commission or attempted commission of any illegal act including but not limited to any felony; 5) any occurrence while an Insured Person is incarcerated after conviction; 6) an Insured Person being intoxicated, while operating a motorized vehicle at the time of an Accident. Intoxication is defined by the laws of the jurisdiction where such Accident occurs; 7) an Insured Person being under the influence of any narcotic or other controlled substance at the time of an Accident. (This exclusion does not apply if any narcotic or other controlled substance is taken and used as prescribed by a Physician); 8) an Insured Person being engaged in or participating in a motorized vehicular race or speed contest; 9) an Insured Person participating in military action while in active military service with the armed forces of any country or established international authority. (This exclusion does not apply to the first 60 consecutive days of active military service with the armed forces of any country or established international authority.); 10) an Insured Person traveling or flying on any flight on a rocket propelled or rocket launched aircraft or on any flight which requires a special permit or waiver from a governmental authority having jurisdiction over civil aviation, whether or not such permit or waiver is granted; 11) an Insured Person's suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury; 12) a declared or undeclared War.

DEFINITIONS

Accident or **Accidental** means a sudden, unforeseen, and unexpected event which: 1) happens by chance; 2) arises from a source external to an Insured Person; 3) is independent of illness, disease or other bodily malfunction or medical or surgical treatment thereof; 4) occurs while the Insured Person is insured under this policy which is in force; and 5) is the direct cause of Loss. **Accidental Bodily Injury** means bodily injury, which is: 1) Accidental; 2) the direct cause of a loss; and 3) occurs while an Insured Person is insured under this policy, which is in force. Accidental Bodily Injury does not mean a Repetitive Motion Injury. **Benefit Amount** means the amount stated which applies: 1) at the time of an Accident; 2) to an Insured Person; and 3) for an applicable Hazard. **Class** means the categories of Insured Persons described in the policy. **Conveyance** means any motorized craft, vehicle or mode of transportation licensed or registered by a governmental authority with competent jurisdiction. **Dependent** means a Dependent Child, Spouse or Domestic Partner of a Primary Insured Person. **Dependent Child** means a Primary Insured Person's unmarried child from the moment of birth, including a natural child, grandchild, stepchild or adopted child from the date of placement with a Primary Insured Person. The Dependent Child must be primarily dependent upon such Primary Insured Person for maintenance and support, and must be: 1) under the age of twenty-six (26); 2) under the age of twenty-six (26) if enrolled as a full-time student at an Institution of Higher Learning ; or 3) classified as an Incapacitated Dependent Child. **Domestic Partner** means a person designated by a Primary Insured Person who is registered as a Domestic Partner under laws of the governing jurisdiction or who: 1) is at least 18 years of age and competent to enter into a contract; 2) is not related to the Primary Insured Person by blood; 3) has exclusively lived with the Primary Insured Person for at least one (1) year prior to the date of enrollment; 4) is not legally married or separated; and 5) as of the date of enrollment, has with the Primary Insured Person at least two (2) of the following financial arrangements: a) a joint mortgage or lease; b) a joint bank account; c) joint title to or ownership of a motor vehicle or status as a joint lessee on a

motor vehicle lease; or d) a joint credit card account with a financial institution. Neither the Primary Insured Person nor the Domestic Partner can be married to, nor be in a civil union with anyone else. **Hospital** means a public or private institution which: 1) is licensed in accordance with the laws of the jurisdiction where it is located; 2) is accredited by the Joint Commission on Accreditation of Hospitals; 3) operates for the reception, care and treatment of sick, ailing or injured persons as in-patients; 4) provides organized facilities for diagnosis and medical or surgical treatment; 5) provides twenty-four (24) hour nursing care; 6) has a Physician or staff of Physicians; and 7) is not primarily a day clinic, rest or convalescent home, assisted living facility or similar establishment and is not, other than incidentally, a place for the treatment of alcoholics or drug addicts. **Immediate Family Member** means an Insured Person's: 1) Spouse or Domestic Partner; 2) children including adopted children or stepchildren; 3) legal guardians or wards; 4) siblings or siblings-in-law; 5) parents or parents-in-law; 6) grandparents or grandchildren; 7) aunts or uncles; 8) nieces and nephews. Immediate Family Member also means a Spouse's or Domestic Partner's children, including adopted children or stepchildren; legal guardians or wards; siblings or siblings-in-law; parents or parents-in-law; grandparents or grandchildren; aunts or uncles; nieces or nephews. **Incapacitated Dependent Child** means a child who, as a result of being mentally or physically challenged, is permanently incapable of self-support and permanently dependent on a Primary Insured Person for support and maintenance. The incapacity must have occurred while the child was: 1) under the age of twenty-six (26); or 2) under the age of twenty-six (26) if enrolled as a full-time student at an Institution of Higher Learning. **Institution of Higher Learning** means any accredited public or private college, university, professional trade or vocational school beyond the twelfth (12th) grade. **Insured Person** means a person, qualifying as a Class member: 1) who elects insurance; or 2) for whom insurance is elected, 3) and on whose behalf premium is paid. **Loss** means Accidental: Loss of Foot, Loss of Hand, Loss of Hearing, Loss of Life, Loss of Sight, Loss of Sight of One Eye, Loss of Speech, Loss of Thumb and Index Finger. Loss must occur within one (1) year after the Accident. **Loss of Foot** means the complete severance of a foot through or above the ankle joint. We will consider such severance a Loss of Foot even if the foot is later reattached. If the reattachment fails and amputation becomes necessary, then We will not pay an additional Benefit Amount for such amputation. **Loss of Hand** means complete severance, as determined by a Physician, of at least four (4) fingers at or above the metacarpal phalangeal joint on the same hand or at least three (3) fingers and the thumb on the same hand. We will consider such severance a Loss of Hand even if the hand, fingers or thumb are later reattached. If the reattachment fails and amputation becomes necessary, then We will not pay an additional Benefit Amount for such amputation. **Loss of Hearing** means permanent, irrecoverable and total deafness, as determined by a Physician, with an auditory threshold of more than 90 decibels in each ear. The deafness cannot be corrected by any aid or device, as determined by a Physician. **Loss of Life** means death, including clinical death, as determined by the local governing medical authority where such death occurs within 365 days after an Accident. **Loss of Sight** means permanent Loss of vision. Remaining vision must be no better than 20/200 Using a corrective aid or device, as determined by a Physician. **Loss of Sight of One Eye** means permanent Loss of vision of one eye. Remaining vision in that eye must be no better than 20/200 Using a corrective aid or device, as determined by a Physician. **Loss of Speech** means the permanent, irrecoverable and total Loss of the capability of speech without the aid of mechanical devices, as determined by a Physician. **Loss of Thumb and Index Finger** means complete severance, through the metacarpal phalangeal joints, of the thumb and index finger of the same hand, as determined by a Physician. We will consider such severance a Loss of Thumb and Index Finger even if a thumb, an index finger or both are later reattached. If the reattachment fails and amputation becomes necessary, then We will not pay an additional Benefit Amount for such amputation. **Medical Expense** means the Reasonable and Customary Charges for Medical Services for the care and treatment of Accidental Bodily Injuries sustained in an Accident. **Medically Necessary** means a medical or dental service, supply or course of treatment which: 1) is ordered or prescribed by a Physician; 2) is appropriate and consistent with the patient's diagnosis; 3) is in accord with current accepted medical or dental practice; and 4) could not be eliminated without adversely affecting the patient's condition. **Medical Services** means Medically Necessary services, including but not limited to: 1) medical care and treatment by a Physician; 2) Hospital room and board and Hospital care, both inpatient and outpatient; 3) drugs and medicines required and prescribed by a Physician; 4) diagnostic tests and x-rays prescribed by a Physician; 5) transportation of an Insured Person in an emergency transportation vehicle from the location where such Insured Person becomes injured to the nearest Hospital where appropriate medical treatment can be obtained; 6) dental care and treatment due to Accidental Bodily Injury; 7) physical therapy, including diathermy, ultrasonic, whirlpool or heat treatment, adjustment, manipulation, massage and the office visit associated with such therapy; 8) treatment performed by a licensed medical professional when prescribed by a Physician, if hospitalization would have been otherwise required; 9) rental of durable medical equipment; 10) artificial limbs and other prosthetic devices; 11) orthopedic appliances or braces. **Other Plan** means any other insurance or payment source for Medical Services or disability, including but not limited to health coverage, disability insurance, worker's compensation insurance; or coverage provided or required by any law or statute, including, automobile insurance "fault" or "no-fault", employer sick leave or salary continuation plan, or similar benefit provided or required by governmental plan or program. **Physician** means a licensed practitioner of the healing arts, acting within the scope of his or her license to the extent provided by the laws of the jurisdiction in which medical treatment is provided. Physician does not include: 1) an Insured Person; 2) an Immediate Family Member; 3) an Insured Person's employer or business partner; or 4) the Policyholder. **Policyholder** means American Better Health Organization. **Primary Insured Person** means an Insured Person who: 1) has a direct relationship with the Policyholder; and 2) where applicable, elects insurance under this policy. **Reasonable and Customary Charge** means the lesser of: 1) the usual charge for a given service or supply; or 2) the charge We determine to be the prevailing charge for a given service or supply in the geographical area where it is furnished. **Spouse** means an Insured Person's husband or wife or who is recognized as such by the laws of the jurisdiction in which the Primary Insured Person resides. **We, Us and Our** means FEDERAL INSURANCE COMPANY.

BENEFICIARY PROVISIONS

The Loss of Life benefit will be paid to the first surviving party in the following order: a) the Insured Person's Spouse or Domestic Partner, b) in equal shares to the Insured Person's children, c) in equal shares to the Insured Person's parents, d) in equal shares to the Insured Person's brothers and sisters, e) the Insured Person's estate. All other benefits will be paid to the Insured Person or the Insured Person's designee, or unless otherwise noted. If you choose to name someone else as your beneficiary, please contact the Policy Administrator for a Beneficiary Designation form.

CLAIMS PAYMENT PROVISIONS

Claim Notice: Written Claim Notice must be given to Us or any of Our brokers or appointed agents within twenty (20) days after the occurrence or

commencement of any Loss covered by this policy or as soon as reasonably possible. Notice must include enough information to identify the Insured Person and Policyholder. Failure to give Claim Notice within twenty (20) days will not invalidate or reduce any otherwise valid claim if notice is given as soon as reasonably possible. **Claim Forms:** When We receive notice of a claim, We will send the Insured Person or the Insured Person's designee, within fifteen (15) days, forms for giving Proof of Loss to Us. If the Insured Person or the Insured Person's designee does not receive the forms, then the Insured Person or an Insured Person's designee should send Us a written description of the Loss. This written description should include information detailing the occurrence, type and extent of the Loss for which the claim is made. **Claim Proof of Loss:** Complete Proof of Loss must be given to Us within ninety (90) days after the date of Loss, or as soon as reasonably possible. Failure to give complete Proof of Loss within these time frames will not invalidate or reduce any otherwise valid claim if notice is given as soon as reasonably possible, and in no event no later than one (1) year after the deadline to submit complete Proof of Loss, except in cases where the claimant lacks legal capacity. **Claim Payment:** We will pay the Insured Person or beneficiary the applicable Benefit Amount within sixty (60) days after We receive complete Proof of Loss if the Insured Person, the Policyholder and the beneficiary, where applicable, have complied with all the terms of this policy. **Claim and Suit Cooperation:** In the event of a claim under this policy, the Policyholder, the Insured Person or the beneficiary, if applicable, must fully cooperate with Us in Our handling of the claim, including, but not limited to, the timely submission of all medical and other reports, and full cooperation with all physical examinations and autopsies that We may require. If We are sued in connection with a claim under this policy, then the Policyholder, the Insured Person or the beneficiary must fully cooperate with Us in the handling of such suit. The Policyholder, the Insured Person or the beneficiary must not, except at their own expense, voluntarily make any payment or assume any obligation in connection with any suit without Our prior written consent.

HOW TO FILE A CLAIM

To obtain a claim form contact the Policy Administrator: Ideal Concepts, Inc. Complete all items on the required claim form, attach all appropriate documents, and return to Broadspire, a Crawford Company, PO Box 459084, Sunrise, FL 33345, (844) 811-2534.

GOVERNING JURISDICTION AND CONFORMANCE WITH STATUTES

The group policy under which coverage is provided is governed by the laws of the jurisdiction in which it is delivered to the Policyholder. Any terms of this policy which are in conflict with the applicable statutes, laws or regulations of the jurisdiction in which an Insured Person has elected coverage are amended to conform to such statutes, laws or regulations.

FRAUD WARNING

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime and shall also be subject to: criminal and civil penalties.

POLICY ADMINISTRATOR

Ideal Concepts, Inc.
c/o SureMed Member Support
665 Union Blvd
Allentown, PA 18109
(610) 740-0009

Seguro grupal por muerte y desmembramiento accidentales

Suscrito por:
Federal Insurance Company,
una empresa de Chubb

202 Hall's Mill Road, PO Box 1600
Whitehouse Station, NJ 08889-1600

Aviso importante - Por favor lea esta descripción de la cobertura detenidamente

Lea esta guía de referencia rápida y manténgala en un lugar seguro con sus otros documentos de seguro. Esta descripción de cobertura no es un contrato de seguro sino un resumen de las disposiciones principales de la cobertura mientras se encuentre en vigencia. Las disposiciones completas de la póliza se encuentran en la Póliza Maestra, 9907-88-87, que puede obtenerse al comunicarse con el Administrador de Pólizas.

Este seguro está sujeto a los requisitos de elegibilidad y de fecha de entrada en vigencia de la póliza grupal emitida a:

TITULAR DE LA PÓLIZA: American Better Health Organization
NÚMERO DE PÓLIZA DE GRUPO: 9907-88-87

ELEGIBILIDAD DEL ASEGURADO

Clase 1 - Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plus – Single \$(X) o Premier – Single \$(X).

Clase 2 – Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plus – Couple \$(X) o Premier – Couple \$(X), además de su Cónyuge o Pareja de Hecho.

Clase 3 – Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plus – Single Parent \$(X) o Premier – Single Parent \$(X), además de su Hijo Dependiente.

Clase 4 – Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plus – Family \$(X) o Premier – Family \$(X), además de su Cónyuge o Pareja de Hecho y sus Hijos Dependientes.

- 1) Ninguna persona asegurada como Persona Asegurada Principal puede asegurarse como dependiente, y
- 2) Ninguna persona será asegurada como Dependiente de más de una Persona Asegurada Principal.

Si, en conformidad con todos los términos y condiciones de esta póliza, una persona es elegible para el seguro bajo múltiples Clases de Personas Aseguradas, dicha persona solo será asegurada bajo la Clase que le proporcione a la Persona Asegurada el Monto de Beneficio mayor por el siniestro que haya ocurrido.

FECHA EN QUE ENTRA EN VIGENCIA EL SEGURO DE LA PERSONA ASEGURADA – El seguro entra en vigencia en la fecha posterior entre las siguientes: 1) la fecha de entrada en vigencia de la póliza, 2) la fecha en la cual la Persona Asegurada cumple inicialmente con los criterios de elegibilidad, o 3) al comienzo del período para el cual se paga la prima requerida.

FECHA EN QUE FINALIZA EL SEGURO DE LA PERSONA ASEGURADA – El seguro de una Persona Asegurada finalizará en la primera fecha entre las siguientes: 1) la fecha en que finaliza la póliza grupal, en su totalidad o en relación con la Clase de dicha Persona Asegurada; 2) la fecha de vencimiento del período para el que se pagó la última prima para el seguro de una Persona Asegurada; 3) la fecha en que una persona ya no cumple los criterios de elegibilidad como Persona Asegurada.

BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES

Pagaremos el Monto de Beneficio aplicable en el caso de que un Accidente ocasione un Siniestro cubierto que no esté excluido. El Accidente debe resultar de un Peligro asegurado y mientras la Persona Asegurada esté asegurada bajo esta póliza, y mientras esta póliza se encuentre vigente. El Siniestro cubierto debe ocurrir dentro de un (1) año con posterioridad al Accidente. Las Personas Aseguradas están cubiertas por un Monto de Beneficio, como se detalla debajo, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, en situaciones de negocios o de placer.

MONTO DEL BENEFICIO – \$(X)

El **100 %** del Monto de Beneficios es pagadero por los siguientes Hechos Accidentales: Pérdida de la Vida; o Pérdida del Habla y Pérdida de la Audición; o Pérdida del Habla y uno de los siguientes: Pérdida de Mano, Pie o Vista de Un Ojo; o Pérdida de la Audición y uno de los siguientes: Pérdida de Mano, Pie o Vista de Un Ojo; o Pérdida de Ambas Manos, Ambos Pies, Pérdida de la Vista o cualquier combinación de los anteriores. El **50 %** del Monto de Beneficio es pagadero por los siguientes Hechos Accidentales: Pérdida de Mano, Pie o Visión de Un Ojo (uno cualquiera de los anteriores); o Pérdida del Habla o Pérdida de la Audición. El **25 %** del Monto de Beneficio es pagadero por los siguientes Hechos Accidentales: Pérdida del Dedo Pulgar e Índice de la misma mano.

Si una Persona Asegurada sufre Siniestros múltiples cubiertos como resultado de un (1) Accidente, solo pagaremos el Monto de Beneficio único mayor aplicable a dichos Siniestros.

Ampliaciones del seguro: Desaparición Si una Persona Asegurada no es encontrada dentro de un (1) año posterior a la desaparición, el
DOC-8887-1234

aislamiento, el hundimiento o el naufragio del Medio de Transporte en el que dicha Persona Asegurada era ocupante al momento del Accidente, se considerará, sujeto a todos los demás términos y condiciones de esta póliza, que la Persona Asegurada ha sufrido la Pérdida de la Vida según esta Póliza. **Exposición** Si un Accidente ocurrido como resultado de un Peligro asegurado hace que una Persona Asegurada se vea inevitablemente expuesta a los elementos y, por causa de dicha exposición, la Persona sufre un Siniestro, dicho Siniestro será cubierto bajo esta póliza.

BENEFICIOS ADICIONALES

Gastos médicos por accidente: Reembolsaremos los gastos médicos hasta \$(X) si una Lesión Corporal Accidental provoca que una Persona Asegurada incurra primero en Gastos Médicos para el cuidado y el tratamiento de la Lesión Corporal Accidental dentro de los 90 días posteriores a un Accidente. El Monto de Beneficio por Gastos Médicos por Accidentes es pagadero solo por Gastos Médicos incurridos dentro de las 52 semanas posteriores a la fecha del Accidente que cause la Lesión Corporal Accidental. El Monto de Beneficio está sujeto a un Deducible de \$250. El Deducible se deducirá de cualquier Monto de Beneficio por Gastos Médicos por Accidente que paguemos. Este Deducible se aplica de manera separada a cada Persona Asegurada y a cada Accidente.

Disposición de Exceso (no aplicable a las Personas Aseguradas que residan en Texas): El beneficio de Gastos Médicos por Accidente es pagadero en función de exceso. Determinaremos el cargo Razonable y Usual por los Gastos Médicos cubiertos. A continuación, reduciremos ese monto por los montos ya pagados o pagaderos por cualquier Otro Plan. Pagaremos el monto resultante menos el Deducible. En ningún caso pagaremos más que el Monto de Beneficio Máximo por Gastos Médicos por Accidente.

Limitación sobre los Gastos Médicos por Accidente

El Monto de Beneficio por Gastos Médicos por Accidente en Exceso no se aplica para cargos y servicios:

- 1) para los cuales una Persona Asegurada no tiene la obligación de pagar;
- 2) para cualquier lesión donde son pagaderos beneficios por indemnización laboral o beneficios por lesiones ocupacionales;
- 3) para cualquier lesión que suceda durante una pelea, excepto en defensa propia; o
- 4) para el tratamiento que sea educativo, experimental o de investigación en su naturaleza o que no constituya una práctica médica aceptada; o
- 5) para el tratamiento por una persona empleada o retenida por el Titular de la Póliza
- 6) para el tratamiento que implique afecciones provocadas por lesiones por movimientos repetitivos, o trauma acumulativo y que no resulten de una Lesión Corporal Accidental.

Este seguro se aplica solo a los cargos y servicios Médicamente Necesarios.

EXCLUSIONES

Esta póliza no se aplica en la medida en que sanciones comerciales o económicas u otras leyes o normas nos prohíban proveer el seguro. Además, no se pagarán beneficios por ningún Accidente que sea consecuencia o resulte directa o indirectamente de cualquiera de los siguientes: 1) que una Persona Asegurada esté en una aeronave o acceda a ella o salga de ella: a) que sea propiedad, esté arrendada o sea operada por el Titular de la Póliza o en representación del Titular de la póliza ; o b) sea operada por un empleado del Titular de la Póliza o en representación del Titular de la Póliza; 2) donde una Persona Asegurada viaje como pasajero, a la que acceda o de la que salga mientras actúa o se capacite como piloto o integrante de la tripulación. (Esta exclusión no se aplica a los pasajeros que llevan a cabo temporariamente funciones de piloto o de tripulación en una emergencia con riesgo de vida.); 3) el trauma emocional, la enfermedad mental o física, una enfermedad, el embarazo, el parto o el aborto espontáneo, la infección bacteriana o viral o problemas corporales o tratamiento médico o quirúrgico de una Persona Asegurada. (Esta exclusión no se aplica a una infección bacteriana de la Persona Asegurada provocada por un Accidente o por el consumo Accidental de una sustancia contaminada por bacterias.); 4) la comisión o el intento de comisión de cualquier acto ilegal por parte de la Persona Asegurada, incluido, entre otros, cualquier delito mayor; 5) cualquier ocurrencia cuando la Persona Asegurada está encarcelada después de la condena; 6) si la Persona Asegurada está intoxicada cuando opera un vehículo motorizado en el momento del Accidente. La definición de intoxicación es la de las leyes de la jurisdicción en la que ocurra el Accidente; 7) la Persona Asegurada está bajo la influencia de cualquier narcótico u otra sustancia controlada en el momento del Accidente. (Esta exclusión no corresponde si se consume cualquier narcótico u otra sustancia controlada según lo recetado por un Médico); 8) la participación de la Persona Asegurada en una carrera con vehículos motorizados o competencia de velocidad; 9) la participación de una Persona Asegurada en acciones militares durante el servicio militar activo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. (Esta exclusión no se aplica a los primeros 60 días consecutivos de servicio militar activo con las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional constituida.); 10) una Persona Asegurada que viaje o vuele en cualquier vuelo en una aeronave propulsada por cohete o lanzada por cohete o en cualquier vuelo que requiera un permiso o una exención especiales de una autoridad gubernamental con jurisdicción sobre la aviación civil, se otorguen o no dicho permiso o dicha exención; 11) el suicidio de una Persona Asegurada, su intento de suicidio o sus lesiones autoinfligidas; 12) Guerra declarada o no declarada.

DEFINICIONES

Accidente o Accidental significa un episodio repentino, imprevisto e inesperado que: 1) ocurra de forma inesperada; 2) surja de una fuente externa a la Persona Asegurada; 3) no esté relacionado con enfermedades, afecciones u otro problema corporal, o tratamiento quirúrgico o médico del mismo; 4) ocurra mientras la Persona Asegurada esté cubierta bajo esta póliza que esté vigente; y 5) sea causa directa del Siniestro. **Lesión Corporal Accidental** significa una lesión corporal que: 1) sea Accidental; 2) sea causa directa de un siniestro; y 3) ocurra mientras la Persona Asegurada se encuentre cubierta bajo esta póliza, que esté vigente. Lesión Corporal Accidental no significa una Lesión por Movimientos

Repetitivos. **Monto de Beneficio** significa el monto indicado que se aplica: 1) en el momento de un Accidente; 2) a una Persona Asegurada; y 3) para un Peligro aplicable. **Clase** significa las categorías de Personas Aseguradas que se describen en la póliza. **Transporte** significa un transporte, vehículo o medio de transporte motorizado habilitado o registrado por una autoridad gubernamental con jurisdicción competente. **Dependiente** significa un Hijo, un Cónyuge o una Pareja de Hecho Dependiente de una Persona Asegurada Principal. **Hijo Dependiente** significa un hijo soltero de la Persona Asegurada Principal desde el momento del nacimiento, incluso de un hijo natural, nieto, hijastro o hijo adoptado desde el momento de la colocación en el hogar con una Persona Asegurada Principal. El Hijo Dependiente debe depender principalmente de la Persona Asegurada Principal para su manutención, y debe: 1) ser menor de veintiséis (26) años; 2) ser menor de veintiséis (26) años si se encuentra inscripto como alumno de tiempo completo en una Institución de Enseñanza Superior; o 3) estar clasificado como Hijo Dependiente Discapacitado. **Pareja de Hecho** significa la persona designada por la Persona Asegurada Principal que está registrada como Pareja de Hecho según las leyes de la jurisdicción legal o que: 1) tenga al menos 18 años de edad y sea competente para celebrar un contrato; 2) no tenga un relación de parentesco de sangre con la Persona Asegurada Principal; 3) haya vivido exclusivamente con la Persona Asegurada Principal durante al menos un (1) año antes de la fecha de inscripción; 4) no esté legalmente casada o separada; y 5) a la fecha de la inscripción, tenga con la Persona Asegurada Principal al menos dos (2) de las disposiciones financieras siguientes: a) una hipoteca o un arrendamiento en conjunto; b) una cuenta bancaria conjunta; c) el título de propiedad conjunto de un vehículo motorizado o el arrendamiento conjunto de un vehículo motorizado; o d) una cuenta de tarjeta de crédito conjunta en una institución financiera. Ni la Persona Asegurada Principal ni su Pareja de Hecho pueden ser casados o miembros de una unión civil con ninguna otra persona. **Hospital** significa una institución pública o privada que: 1) está habilitada de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada, 2) está acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, 3) funciona para la recepción, el cuidado y el tratamiento de personas enfermas, que adolecen o están lesionadas como pacientes internados, 4) ofrece instalaciones organizadas para el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico o tiene un acuerdo contractual con otro hospital o centro quirúrgico ambulatorio para utilizar sus instalaciones para realizar cirugías; 5) ofrece atención de enfermería las veinticuatro (24) horas, 6) tiene un Médico o un equipo de Médicos, y 7) no es principalmente una clínica diurna, hogar de reposo o convalecencia, establecimiento de vida asistida o establecimiento similar y no es, salvo incidentalmente, un lugar para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos. **Familiar Directo** significa una persona con las relaciones siguientes con la Persona Asegurada: 1) el Cónyuge o la Pareja de Hecho; 2) los hijos, incluidos los hijos adoptivos o hijastros; 3) los tutores legales o menores en guarda legal; 4) los hermanos o cuñados; 5) padres o suegros; 6) abuelos o nietos; 7) tíos o tías; 8) sobrinos o sobrinas. Familiar Directo también significa los hijos de un Cónyuge o una Pareja de Hecho, incluidos los hijos adoptivos o hijastros; tutores legales o menores en guarda legal; hermanos o cuñados; padres o suegros; abuelos o nietos; tíos o tías; sobrinos o sobrinas. **Hijo Dependiente Discapacitado** significa el hijo que, como resultado de tener una dificultad física o mental, es incapaz de mantenerse a sí mismo o depende permanentemente de la Persona Asegurada Principal para su mantenimiento. La discapacidad debe haber ocurrido cuando el hijo: 1) era menor de veintiséis (26) años; o 2) era menor de veintiséis (26) años si estaba inscrito como alumno de tiempo completo en una Institución de Enseñanza Superior. **Institución de Enseñanza Superior** significa cualquier institución superior, universidad o escuela de oficios profesionales o vocacional, más allá del decimosegundo (12.º) grado. **Persona Asegurada** significa una persona que califica como miembro de la Clase: 1) que elige el seguro; o 2) para quién se elige el seguro; 3) y en cuyo nombre se paga la prima. **Siniestro** significa los siguientes hechos Accidentales: Pérdida de un Pie, Pérdida de una Mano, Pérdida de la Audición, Pérdida de la Vida, Pérdida de la Vista, Pérdida de la Vista de Un Ojo, Pérdida del Habla, Pérdida de un Pulgar y Dedo Índice. El siniestro debe ocurrir en el plazo de un (1) año a partir del Accidente. **Pérdida de un Pie** significa la amputación completa a la altura de la articulación del tobillo o por arriba de esta. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de un Pie aunque luego se reimplante el pie. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos un Monto de Beneficio adicional por dicha amputación. **Pérdida de una Mano** significa la desmembración completa, según lo determine un Médico, de al menos cuatro (4) dedos a la altura de la articulación metacarpofalángica, o por arriba de esta, de la misma mano, o al menos tres (3) dedos y el pulgar de la misma mano. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de una Mano aunque luego se reimplanten la mano, los dedos o el pulgar. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos un Monto de Beneficio adicional por dicha amputación. **Pérdida de la Audición** significa sordera permanente, irrecuperable y total, según lo determine un Médico, con un umbral de audición superior a 90 decibeles en cada oído. La sordera no puede corregirse con ningún aparato o dispositivo, según lo determine un Médico. **Pérdida de la Vida** significa el fallecimiento, incluso la muerte clínica, según lo determine la autoridad médica que rija en el ámbito en el que ocurra dicha muerte dentro de los 365 días posteriores al Accidente. **Pérdida de la Vista** significa la pérdida permanente de la vista. La vista que permanezca no debe ser superior a 20/200 con el uso de un aparato o dispositivo de corrección, según lo determine un Médico. **Pérdida de la Vista de Un Ojo** significa la Pérdida permanente de la vista en un ojo. La vista que permanezca en ese ojo no debe ser superior a 20/200 con el uso de un aparato o dispositivo de corrección, según lo determine un Médico. **Pérdida del Habla** significa la Pérdida permanente, total e irrecuperable de la capacidad de hablar sin la asistencia de dispositivos mecánicos, según lo determine un Médico. **Pérdida de un Pulgar y Dedo Índice** significa la amputación total, a la altura de las articulaciones metacarpofalángicas, del pulgar y el dedo índice de la misma mano, según lo determine el Médico. Consideraremos dicho desmembramiento una Pérdida de un Pulgar y Dedo Índice aunque luego se reimplanten el pulgar, el dedo índice o ambos. Si el reimplante no resulta exitoso y es necesario realizar la amputación, no pagaremos un Monto de Beneficio adicional por dicha amputación. **Gastos Médicos** significa los Cargos Razonables y Usuales por Servicios Médicos para el cuidado y tratamiento de Lesiones Corporales Accidentales sufridas en un Accidente. **Medicamento Necesario** significa un servicio, suministro o tratamiento médico o dental que: 1) sea ordenado o recetado por un Médico; 2) sea adecuado y conforme al diagnóstico del paciente; 3) esté de acuerdo con la práctica médica o dental actual aceptada; y 4) que no podría eliminarse sin afectar adversamente el estado del paciente. **Servicios Médicos** significa servicios Médicamente Necesarios que incluyen, entre otros: 1) cuidado y tratamiento médico por parte de un Médico; 2) sala de Hospital y alimentación y cuidados Hospitalarios, con y sin internación; 3) fármacos y medicamentos requeridos y recetados por un Médico; 4) análisis y radiografías de diagnóstico ordenados por un Médico; 5) transporte de una Persona Asegurada en un vehículo de transporte de emergencia desde la ubicación donde dicha Persona Asegurada se lesiona al Hospital más cercano donde se pueda obtener tratamiento médico adecuado; 6) cuidado y tratamiento dental debido a Lesiones Corporales Accidentales; 7) fisioterapia, incluidos diatermia, ultrasonido, hidroterapia o tratamiento por calor, ajuste, manipulación, masajes y la visita al consultorio relacionada con dichas terapias; 8) el tratamiento llevado a cabo por un profesional médico matriculado cuando lo prescriba un Médico, si se hubiera de otro modo requerido hospitalización; 9) alquiler de equipos médicos duraderos; 10) extremidades artificiales y otros dispositivos protésicos; 11)

dispositivos o soportes ortopédicos. **Otro Plan** significa cualquier otra fuente de seguro o pago para Servicios Médicos o discapacidad, incluidos, entre otros, cobertura de salud, seguro por discapacidad, seguro de indemnización laboral; o cobertura provista o requerida por cualquier ley o estatuto, incluidos el seguro para automóviles "por responsabilidad" o "sin responsabilidad", un plan de licencia por enfermedad o continuación del salario del empleador, o un beneficio similar provisto requerido por un programa o plan del gobierno. **Médico** significa un profesional del arte de curar matriculado, que actúe dentro del alcance de su matrícula en la medida dispuesta por las leyes de la jurisdicción en la que se ofrece el tratamiento médico. Médico no incluye: 1) una Persona Asegurada; 2) un Familiar Directo; 3) el empleador o socio comercial de la Persona Asegurada; o 4) el Titular de la Póliza. **Titular de la Póliza** significa American Better Health Organization. **Persona Asegurada Principal** significa una Persona Asegurada que: 1) tiene una relación directa con el Titular de la Póliza; y 2) donde aplicable, elige un seguro bajo esta póliza. **Cargo Razonable y Usual** significa el menor de los siguientes: 1) el cargo usual por un servicio o suministro determinado; o 2) el cargo que determinemos razonablemente que es el cargo imperante por un servicio o suministro determinado en el área geográfica en el que se provee. **Cónyuge** significa el esposo o la esposa de la Persona Asegurada o quien sea reconocido como tal por las leyes de la jurisdicción en la que reside la Persona Asegurada Principal. **Nosotros, Nos, Nuestro** significa FEDERAL INSURANCE COMPANY.

DISPOSICIONES PARA EL BENEFICIARIO

El beneficio por Pérdida de Vida será pagado a la primera parte sobreviviente en el siguiente orden: a) el Cónyuge o la Pareja de Hecho de la Persona Asegurada; b) en partes iguales a los hijos de la Persona Asegurada; c) en partes iguales a los padres de la Persona Asegurada; d) en partes iguales a los hermanos y las hermanas de la Persona Asegurada; e) la sucesión de la Persona Asegurada. Todos los demás beneficios serán pagados a la Persona Asegurada o al individuo designado por esta, a menos que se establezca de otro modo. Si elige designar a otra persona como su beneficiario, contáctese con el Administrador de Pólizas para obtener el formulario de Designación de Beneficiario.

DISPOSICIONES DE PAGO DE RECLAMOS

Aviso de Reclamo: Se debe dar Aviso de Reclamo por escrito a Nosotros o a cualquiera de Nuestros corredores o agentes designados dentro de los veinte (20) días posteriores al comienzo o a ocurrido el Siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso debe incluir la información necesaria para identificar a la Persona Asegurada y al Titular de la Póliza. Si no se envía un Aviso de Reclamo dentro de los veinte (20) días no se invalidará ni reducirá cualquier reclamo válido, si se proporciona notificación lo antes razonablemente posible. **Formularios de Reclamo:** Cuando recibamos un aviso de reclamo, enviaremos a la Persona Asegurada o a la persona designada por la Persona Asegurada, dentro de los quince (15) días posteriores, los formularios correspondientes para darnos la Prueba del Siniestro. Si la Persona Asegurada o la persona designada por esta no reciben los formularios, la Persona Asegurada o la persona designada por esta deben enviarnos por escrito la descripción del Siniestro. Esta descripción por escrito debe incluir información detallada del hecho, del tipo y del alcance del Siniestro para el cual se realiza el reclamo. **Prueba de Siniestro para el Reclamo:** Se nos debe enviar Prueba de Siniestro completa dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del Siniestro, o lo antes posible dentro de lo razonable. Si no se envía la Prueba de Siniestro completa en dicho plazo, no se invalidará ni reducirá cualquier reclamo válido, si se proporciona aviso lo antes razonablemente posible, y bajo ninguna circunstancia después de un (1) año de vencido el plazo para presentar la Prueba de Siniestro completa, excepto en los casos en los que el reclamante carezca de capacidad legal. **Pago del Reclamo:** Le pagaremos a la Persona Asegurada o a su beneficiario el Monto de Beneficio aplicable dentro de los sesenta (60) días posteriores a que recibamos la Prueba de Siniestro completa si la Persona Asegurada, el Titular de Póliza y el beneficiario, cuando corresponda, han cumplido con todos los términos de esta póliza. **Cooperación con el Reclamo o con una Demanda:** En el caso de un reclamo bajo esta póliza, el Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario, si corresponde, deben cooperar plenamente con Nosotros en Nuestro procesamiento del reclamo, incluidos, entre otros, la presentación oportuna de todos los informes médicos y otros informes, y la plena colaboración con todos los exámenes físicos y todas las autopsias que podamos requerir. Si Nos demandan en conexión con un reclamo bajo esta póliza, el Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario deben cooperar plenamente con Nosotros en el procesamiento de dicha demanda. El Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario no deben, excepto a su cargo, realizar voluntariamente cualquier pago o asumir cualquier obligación en relación con cualquier demanda sin Nuestro consentimiento previo por escrito.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Para obtener un formulario de reclamo, comuníquese con el Administrador de la Póliza: Ideal Concepts, Inc. Complete todos los puntos del formulario de reclamo requerido, adjunte los documentos correspondientes y envíe todo a Broadspire, a Crawford Company, PO Box 792190, San Antonio, TX 792190, (855) 830-3719.

JURISDICCIÓN APLICABLE Y CONFORMIDAD CON LAS LEYES

La póliza grupal bajo la cual se ofrece cobertura se rige según las leyes de la jurisdicción donde se entrega al Titular de la Póliza. Se enmienda cualquier término de esta póliza que esté en conflicto con los estatutos, las leyes o las normas aplicables de la jurisdicción en las que una Persona Asegurada optó por la cobertura, de modo de cumplir con dichos estatutos, leyes o normas.

ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información sustancialmente falsa u oculte con la finalidad de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial asociado, comete un acto fraudulento ante el seguro, el cual es un delito y está sujeto sanciones penales y civiles.

ADMINISTRADOR DE LA PÓLIZA

Ideal Concepts, Inc.

c/o/ SureMed Member Support
665 Union Blvd
Allentown, PA 18109
(610) 740-0009

This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern.

Este documento se tradujo del formulario original en inglés. Si hay una falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura provista, regirá la versión en inglés.