

**Group Critical Condition 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, 9907-88-89 on file with the administrator. If there is any discrepancy between the policy and this description of coverage the policy shall govern.

**POLICY INFORMATION**

**POLICYHOLDER:** American Better Health Organization

**GROUP POLICY NO.:** 9907-88-89

**INSURED PERSONS:** Class 1 - All members of the **Policyholder** enrolled in the Premier – Single \$(X) level of membership.

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

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

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

**BENEFIT AMOUNT:** \$(X)

Guaranteed Issue	
Class 1	\$(X)
Class 2	\$(X)
Class 3	\$(X)
Class 4	\$(X)

**NOTICE TO POLICYHOLDERS AND INSURED PERSONS**

**THE POLICY PROVIDES INSURANCE THAT IS A SUPPLEMENT TO HEALTH INSURANCE. IT IS NOT A SUBSTITUTE FOR MAJOR MEDICAL COVERAGE. LACK OF MAJOR MEDICAL COVERAGE (OR OTHER MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE) MAY RESULT IN AN ADDITIONAL PAYMENT WITH YOUR TAXES.**

***THIS IS NOT A MEDICARE SUPPLEMENT CONTRACT. If you are eligible for Medicare, review the Guide to Health Insurance for People with Medicare available from the Company.***

***Your policy provides benefits for Critical Conditions listed  
It does not provide benefits for any other illness or condition***

***Please Read Your Policy Carefully***

### **Critical Condition**

We will pay the applicable **Benefit Amount**, shown below, if an **Insured Person**, while insured under the policy, is first **Diagnosed** with a **Covered Condition**, subject to the **Pre-Existing Condition** exclusion if any. **Covered Conditions** under the Critical Condition benefit are, listed by category, as follows:

## **SCHEDULE OF ELIGIBLE BENEFITS**

Category	Critical Condition	Percentage of Benefit Amount
1- Cancers/Tumors	<b>Type 1 Cancer</b>	100%
2- Heart and Circulatory	<b>Heart Attack</b>	100%
	<b>Stroke</b>	100%
4 - Transplants	<b>Major Organ Transplant</b>	100%

**COVERED CONDITIONS:** As a **Primary Insured Person**, you, your **Spouse**, or **Domestic Partner** and your **Dependent Children** will be insured against **Type 1 Cancer**, **Heart Attack**, **Stroke**, **Major Organ Transplant**, if you meet the eligibility requirements.

We will pay a maximum of 100% per category for each Critical Condition suffered by the **Insured Person**. Benefits are paid one time for each category of Critical Condition.

### **Category 1: Cancers/Tumors**

#### **Type 1 Cancer**

For the purpose of the policy, **Type 1 Cancer** means a malignant neoplasm, which is characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissue and which is not specifically hereafter excluded. Leukemia's are included, except Stage 0 chronic lymphocytic leukemia, and lymphomas are included, with the exception of HIV-related lymphoma and cutaneous lymphoma. **Diagnosis** of **Type 1 Cancer** will be the date on which the **Type 1 Cancer** is first confirmed through either a **Pathological Diagnosis** or a **Clinical Diagnosis**. If a **Pathological Diagnosis** is not available then **We** will accept a **Clinical Diagnosis** if the following conditions are met: 1) a **Pathological Diagnosis** cannot be made because it is medically inappropriate or life threatening; 2) there is medical evidence in the form of laboratory testing including tumor markers, if available, physical examination findings, and imaging study or other diagnostic study findings to support the **Diagnosis**; and 3) a licensed **Physician** is treating the **Insured Person** for **Type 1 Cancer**. **Type 1 Cancer** does not include: 1) any pre-malignant lesions, benign tumors, or polyps; 2) any papillary tumor of the bladder classified as Ta under **TNM Classification**; 3) any tumor of the prostate classified as T1a or T1b under **TNM Classification**; 4) any papillary carcinoma of the thyroid that is one centimeter or less in diameter; 5) any tumor in the presence of human immunodeficiency virus; 6) any **Skin Cancers**, unless the tumor is a malignant melanoma of greater than 1.0 millimeter maximum thickness (regardless of Clark level of ulceration) as determined by a histological examination using the Breslow method; 7) **Type 2 Cancer**; 8) chronic Lymphocytic Leukemia (CLL), equal to Stage 0, as defined by RAI classification; 9) any non-malignant or non-invasive lesions; 10) any **Carcinoma in Situ**; 11) **Squamous or Basal Cell Carcinoma**; and 12) any grade of dysplasia.

### **Category 2: Heart and Circulatory**

#### **Heart Attack**

For the purpose of the policy, **Heart Attack** (myocardial infarction) means inadequate blood supply to myocardium (heart muscle), causing infarction (tissue necrosis) of a portion of the myocardium (heart muscle). The **Diagnosis** of a **Heart Attack** will be the date on which ischemic death of a portion of the heart muscle is first confirmed by a licensed **Physician**. **Diagnosis** must be made by a licensed **Physician** and evidenced by a rise of biochemical cardiac markers to levels **Diagnostic** of myocardial infarction, with at least one of the following: 1) New and serial electrocardiographic (EKG) findings consistent with myocardial infarction; 2) Confirmatory imaging studies such as thallium scans, MUGA scans, or stress echocardiograms.

**Heart Attack** does not include: 1) elevated biochemical cardiac markers as a result of intra-arterial cardiac procedures including coronary angiography and coronary angioplasty, in the absence of new Q waves; 2) ECG changes suggesting a prior (not current) myocardial infarction; 3) **Heart Attack** does not include any other disease or injury involving the cardiovascular system; 4) Cardiac Arrest not caused by a myocardial infarction is not a **Heart Attack**; 5) A **Heart Attack** that occurs during a heart related medical procedure.

**Stroke**

For the purpose of the policy, **Stroke** means death of brain tissue due to an acute cerebrovascular event with a demonstrable loss of neurological function persisting for thirty (30) days, and permanent neurologic deficit measuring thirty (30) days or more after the event that results in a score of two (2) or higher on the Modified Rankin Scale for **Stroke** outcome. The **Diagnosis** of a **Stroke** must be made by a licensed **Physician**, and supported by objective clinical findings and laboratory data. **We** must receive evidence of the permanent neurological damage provided from Computed Axial Tomography (CAT scan) or magnetic Resonance Imaging (MRI). **Stroke** does not include: 1) Transient Ischemic Attacks (TIAs); 2) Vertebrobasilar Ischemia; 3) Chronic Cerebrovascular insufficiencies; 4) Head Injury.

**Category 4: Transplants**

**Major Organ Transplant**

For the purpose of the policy, **Major Organ Transplant** means the **Diagnosis** by a licensed **Physician** of failure of the heart, liver, lung or entire pancreas due to end stage organ failure which results on the date the **Insured Person** being placed on the United Network for Organ Sharing (UNOS) list for transplantation. If the **Insured Person** is determined to be too ill for a transplant, but otherwise meets the criteria for being registered by the (UNOS), the registration requirement will be waived. **Major Organ Transplant** shall not include: 1) the transplant of Islets of Langerhans or organs received from a non-human donor. The medical necessity for a transplant must be determined as follows: For a *heart transplant*: by a licensed **Physician**, and supported by clinical findings and diagnostic testing including: a) radiographic imaging. 2) For a *liver transplant*: by a licensed **Physician**, and supported by clinical findings and laboratory data. The need for a liver transplant resulting either directly or indirectly from drug overdose or excessive alcohol ingestion is not covered under the policy. 3) For a *lung transplant*: by a licensed **Physician**, and supported by clinical findings and diagnostic testing including: a) pulmonary function test; b) chest X-ray; and c) evidence of end-stage lung disease. 4) For a *pancreas transplant*: by a licensed **Physician** and supported by progressive pancreas dysfunction, based on clinical findings and laboratory data.

**WAITING PERIOD:** **Waiting Period** means the number of consecutive days immediately following a member's Effective Date of insurance before the **Insured Person** may become eligible for benefits. The **Waiting Period** is:

Category 1 – Cancers/Tumors	90 Day Waiting Period
Category 2 – Heart and Circulatory	30 Day Waiting Period
Category 4 – Transplants	30 Day Waiting Period

Please Note: 1) Benefits will not be paid for a Critical Condition if the **Diagnosis** is made or a procedure is recommended during the Benefit **Waiting Period**; or 2) Benefits will not be paid for a Critical Condition for which an **Insured Person** exhibits symptoms that would cause a person to seek medical treatment by a licensed **Physician** of a Critical Condition during the **Waiting Period**.

**LIFETIME MAXIMUM AMOUNT:** The maximum **Benefit Amount** that **We** will pay for each **Insured Person** under the policy is 300% of the **Benefit Amount** for all occurrences combined for all **Covered Conditions**. Coverage under the policy ceases when the Lifetime Maximum Amount has been reached.

**ELIGIBILITY:** You are eligible to be insured as a **Primary Insured Person**, and remains eligible, when the policy is in force and all of the following are true: 1) The member is in an Eligible Class; 2) The member is age sixty-nine (69) or less; and 3) The member is **Member/Accountholder-in-Good-Standing**. A person is eligible to be insured as an **Additional Insured Person**, and remains eligible, when the policy is in force and all of the following are true: 1) The member is eligible to be insured as a **Primary Insured Person**; and 2) The person is the member's **Spouse** or partner in a Civil Union or **Domestic Partner** or **Dependent Child**. A person cannot be insured as both a **Primary Insured Person** and an **Additional Insured Person**. A

person may only be insured under one (1) Eligible Class. If a person is the **Dependent Child** of two (2) **Primary Insured Persons**, the person may only be insured as the **Dependent Child** of one (1) of them.

**WHEN INSURANCE BEGINS FOR A PRIMARY INSURED PERSON AND ANY ADDITIONAL INSURED PERSON:** Subject to payment of premium due, Your insurance becomes effective on the date all the following are true: 1) the policy is in-force; 2) You are eligible to be insured as a **Primary Insured Person** or **Additional Insured Person**; 3) **We** have approved Your enrollment form if applicable; 4) the required premium has been paid to **Us**; 5) **We** have determined that evidence of insurability, if required is satisfactory; and 6) the **Waiting Period** if any has expired.

**Newborn Coverage:** A child of a **Primary Insured Person** born while the policy is in force is covered from the moment of birth for a period of thirty-one (31) days. Coverage for a newborn child will not continue past the thirty-one (31) day period unless the **Primary Insured Person** has provided written notice of birth to the **Policyholder** and pays the required premium due, if any.

**Adopted Children:** A newly adopted child of a **Primary Insured Person** is covered from the moment of adoption, or placement for adoption, for a period of thirty-one (31) days. Coverage for an adopted child will not continue past the thirty-one (31) day period following placement unless the **Primary Insured Person** has provided written notice to the **Policyholder** of the adoption, or placement for adoption, and pays the required premium due, if any.

**WHEN DOES INSURANCE END FOR A PRIMARY INSURED PERSON AND ANY ADDITIONAL INSURED PERSON:** An Eligible Class member's insurance as a **Primary Insured Person** under the policy will end on the first to occur of the following: 1) the policy terminates; 2) the **Primary Insured Person** is no longer in an Eligible Class; 3) the **Primary Insured Person** requests, in writing, termination of insurance; 4) the required premium for the **Primary Insured Person** has not been paid when due; as shown under the Premium Summary. 5) the Lifetime Maximum Amount as shown in the Schedule of Eligible Benefits has been paid by **Us**; 6) the **Primary Insured Person** dies; or 7) the **Primary Insured Person** attains age seventy (70). Insurance for an **Additional Insured Person** under the policy will end on the first to occur of the following: 1) the policy terminates; 2) insurance for the **Primary Insured Person** ends, as described above; 3) the Lifetime Maximum Amount as shown in the Schedule of Eligible Benefits has been paid by **Us**; 4) the **Additional Insured Person** ceases to be an eligible **Spouse** or **Domestic Partner** or **Dependent Child(ren)**; 5) the **Primary Insured Person** makes a request, in writing, for termination of the **Additional Insured Person's** insurance; 6) the **Primary Insured Person** fails to pay, when due, any premium required to keep the **Additional Insured Person's** insurance in force; 7) if the **Additional Insured Person** is the **Primary Insured Person's Spouse** or **Domestic Partner**, insurance ends when the **Additional Insured Person** attains age seventy (70); or 8) the **Additional Insured Person** dies.

**DEFINITIONS:** **Accident or Accidental** means a sudden, unforeseen, and unexpected event which: 1) happens by chance; 2) arises from a source external to the **Insured Person**; 3) is independent of illness, disease or other bodily malfunction or medical or surgical treatment thereof; 4) occurs while **Insured Person** is insured under the policy which is in force; and 5) is the direct cause of loss. **Company** means Federal Insurance Company. **Benefit Amount** means the amount of insurance selected in writing by the **Primary Insured Person**, as specified in the Schedule of Eligible Benefits. **Covered Condition** means an illness, injury or condition identified in the Schedule of Eligible Benefits. **Diagnose, Diagnosed or Diagnosis** means the initial definitive establishment by a licensed **Physician** of an **Insured Person's Covered Condition**. **Insured Person** means a **Primary Insured Person** or an **Additional Insured Person** under the policy. **Physician** means a licensed practitioner of the healing arts, acting within the scope of his or her license, rendering care and treatment that is appropriate for the **Covered Condition** 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 the entity identified in the Insuring Agreement. **Proof of Loss** means evidence acceptable to **Us** that a loss has occurred. **We, Us and Our** means Federal Insurance Company.

**ADDITIONAL DEFINITIONS:** **Additional Insured Person** means the **Spouse** or **Domestic Partner** and **Dependent Child(ren)** of the **Primary Insured Person**: 1) for whom a **Primary Insured Person** has elected and been approved for insurance under the policy; 2) for whom a **Primary Insured Person** has paid the required insurance premium, if any; 3) who has satisfied the **Waiting Period**, if any; and 4) who has provided satisfactory evidence of insurability, if required. **Carcinoma In Situ** means a non-invasive cancer that is in the natural or normal place, confined to the site of origin without having invaded neighboring tissue. **Congenital Condition** means a disease or disorder that is inherited genetically and is identifiable at birth. **Dependent Child** means the unmarried child of the **Primary Insured Person**, including a natural child, an adopted child, a child placed for adoption with the **Primary Insured Person**, a step-child or a grandchild who is primarily dependent upon the **Primary Insured Person** for maintenance and support, and who is: 1) between the ages of one (1) day and twenty-six (26) years; or 2) classified as an **Incapacitated Dependent Child**. **Domestic Partner** means a person designated in writing at enrollment by the **Primary Insured Person**, who: 1) is at least eighteen (18) years of age and competent to enter into a contract; and 2) is not related to the **Primary Insured Person** by blood, closer than would bar marriage; and 3) has exclusively co-habited with the **Primary Insured Person** for at least one (1) year prior to the date of enrollment; and 4) is not legally married or separated; and 5)

as of the date of the enrollment, has in effect, with the **Primary Insured Person**, at least two (2) of the following: 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 with the **Primary Insured Person** on a car lease; or d) a joint credit card account with a financial institution. **Guaranteed Issue Benefit Amount** means the amount specified in the Schedule of Eligible Benefits that is available under the policy without evidence of insurability. The **Guaranteed Issue Benefit Amount** does not apply in respect to any **Covered Condition** that is subject to a **Pre-Existing Condition**. **Hospital** means an institution that: 1) holds a license as a hospital, where such licensing is required; 2) operates primarily for the care and treatment of sick and injured persons as in-patients; 3) has a staff of one or more licensed **Physicians** available at all times; 4) provides 24-hour nursing service and has at least one registered nurse on duty at all times; 5) has organized diagnostic and surgical facilities, either on premises or in facilities available to the hospital on a pre-arranged basis; and 6) is **not**, a nursing home, a rest home or home for the aged, a convalescent home, an extended care facility, an assisted living facility, a rehabilitation center, or a place for alcoholics or drugs addicts. **Immediate Family Member** means an **Insured Person's**: 1) **Spouse** or **Domestic Partner**; 2) children including adopted children or stepchildren; 3) daughters-in-law or sons-in-law; 4) legal guardians or wards; 5) siblings or siblings-in-law; 6) parents or parents-in-law; 7) grandparents or grandchildren; 8) aunts or uncles; 9) nieces and nephews. **Immediate Family Member** also means a **Spouse's** or **Domestic Partner's** children, including adopted children or stepchildren; daughters-in-law or sons-in-law; 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 permanently mentally or physically challenged, is incapable of self-support and is permanently dependent on the **Primary Insured Person** for support and maintenance. The incapacity must have occurred while the child was under the age of twenty-six (26) years, and eligible to become insured under the policy. **Member/Accountholder-in-Good-Standing** means a person currently accepted as a member by the **Policyholder**. **Pathological Diagnosis** means a **Diagnosis** based on a microscopic study of fixed tissue or preparations from the blood systems. This type of **Diagnosis** must be done by a licensed **Physician** who is a board certified pathologist and whose **Diagnosis** of malignancy conforms to the standards set by the American College of Pathology. **Pre-Existing Condition** means any illness, disease, injury, mental illness or condition for which medical advice, **Diagnosis**, care or treatment: 1) was received by an **Insured Person**; 2) was recommended to an **Insured Person**; or 3) would have been sought by a reasonably prudent person during the ninety (90) day period before becoming insured under the policy. In the case of an increase in an **Insured Person's Benefit Amount**, the **Pre-Existing Condition** applies: 1) only to the amount of the increase, and 2) during the ninety (90) day period immediately prior to the increase. **Primary Insured Person** means the person who: 1) has a direct relationship with the **Policyholder**; 2) has elected and been approved for insurance under the policy; 3) has paid the required insurance premium, if any; 4) has satisfied the **Waiting Period**, if any; and 5) has provided satisfactory evidence of insurability, if required. **Sickness** means a physical illness or disease that begins while the policy is in force and is not a **Pre-existing Condition**. All **Sicknesses** due to the same or a related cause are considered one **Sickness**. **Spouse** means a wife or husband who is recognized as such by the laws of the jurisdiction in which they reside, or a partner in a civil union who is sixty-nine (69) years of age or less. **Squamous or Basal Cell Carcinoma** is a **Skin Cancer** originating from the cells found in the outermost layer of the skin known as the epidermis. **Subsidiary** means any organization in which: 1) more than fifty percent (50%) of the outstanding securities or voting rights representing the present right to vote for election of directors is owned or controlled directly or indirectly, in any combination by the **Policyholder**; or 2) the **Policyholder** exercises management control. **TNM Classification** means the classification standards for **Type 1 Cancer**, **Skin Cancer**, and **Type 2 Cancer** as developed by the American Joint Committee on Cancer.

**EXCLUSIONS:** This insurance does not apply to any loss caused by or resulting from, directly or indirectly any illness not specifically listed as a **Covered Condition**; or an **Insured Person's** suicide, or attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while the **Insured Person** is sane or insane. This insurance does not apply to any loss caused by or resulting from, directly or indirectly any illness not specifically listed as a **Covered Condition** shown in the Schedule of Eligible Benefits.

**ADDITIONAL EXCLUSIONS:**

**Alcoholism, Drug or Substance Abuse:** This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person's** alcoholism or drug or substance abuse. In addition, the insurance does not apply to any confinement in a detoxification facility or drug or alcohol rehabilitation facility that is not also a **Hospital** or part of a **Hospital**.

**Congenital Conditions:** This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly a congenital condition as **Diagnosed** by a licensed **Physician**.

**Incarceration:** This insurance does not apply to any **Sickness** or **Accident** caused by or resulting from, directly or indirectly any occurrence while the **Insured Person** is incarcerated.

**Illegal Acts:** This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person's** commission or attempted commission of a felony or being engaged in an illegal activity or occupation.

Participation in a Riot: This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, an **Insured Person's** voluntary participation in a riot.

Participation in Extreme Sports: This insurance does not apply to any **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, an **Insured Person's** participation in scuba diving to depths of more than 100 feet; skydiving; hang-gliding or para-gliding; parascending other than over water; bungee jumping; mountaineering or rock climbing normally requiring the use of guides or ropes; or caving.

Professional Sporting Activity: This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person** participating in any professional sporting activity for which the **Insured Person** received a salary or prize money.

Pre-Existing Condition: No **Benefit Amount** will be paid under the policy for a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, a **Pre-Existing Condition**. This **Pre-Existing Condition** exclusion only applies for six (6) months, beginning with the effective date of the **Insured Person's** insurance. However, in the event of any increase in **Benefit Amount**, the six (6) month period will begin anew with respect to the amount of such increase.

Procedures and Diagnosis Outside the US or its Territories: This insurance does not apply to a **Covered Condition** that has been **Diagnosed** or to any surgical procedures that have been performed outside of the United States or its Territories, unless the **Diagnosis** can be verified by a **Physician** licensed to practice within the United States or its Territories.

Race or Speed Contest: This insurance does not apply to any **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person** being engaged in or participating in a motorized vehicular race or speed contest

Refusal of Medical Treatment: This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person's** refusal of the following recommended medical treatment: a. a **Physician** has recommended treatment with angioplasty or **Coronary Artery By-Pass Graft** for coronary artery disease, the **Insured Person** refuses treatment, and the **Insured Person** suffers a **Heart Attack**; or b. a **Physician** has recommended treatment for a brain aneurysm or carotid artery stenosis, the **Insured Person** refuses treatment, and the **Insured Person** suffers a **Stroke**; or c. a **Physician** has recommended a **Diagnostic** biopsy or **Diagnostic/therapeutic** excision of a mass or lesion suspected of being **Cancer**, the **Insured** refuses and the **Insured Person** develops **Type 1 Cancer**, **Skin Cancer**, or **Type 2 Cancer**.

Rocket Propelled or Rocket Launched Conveyance: This insurance does not apply to a **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person** traveling or flying on any rocket propelled or rocket launched conveyance.

Service in the Armed Forces: This insurance does not apply to any **Sickness** or **Accident** caused by or resulting from, directly or indirectly, the **Insured Person** participating in military action while in active military service with the armed forces of any country or established international authority.

War: This insurance does not apply to any **Covered Condition** caused by or resulting from, directly or indirectly, war, undeclared war, civil war, insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these, the destruction or seizure of property for a military purpose or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss.

Workers Compensation: This insurance does not cover **Sickness** or **Accident** arising out of and in the course of any occupation for compensation, wage or profit or which are payable under Occupational Disease Law, Workers Compensation or similar law, whether or not application for such benefits have been made.

## COMMON POLICY CONDITIONS

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 the 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 **Us Proof of Loss**. If the **Insured Person** or the **Insured Person's** designee does not receive the forms, then the **Insured Person** or the **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: For all claims, written **Proof of Loss** must be given to **Us** within ninety (90) days after the date of loss, or as soon as reasonably possible.

CLAIM PAYMENT: For all benefits payable under the policy, **We** will pay the **Insured Person** the applicable **Benefit Amount** immediately after **We** receive a complete Claim **Proof of Loss** if the **Insured Person** and **Policyholder** have complied with all the terms of the policy. However, if the **Insured Person** to whom the **Benefit Amount** would normally be payable is a **Dependent Child**, then the **Benefit Amount** will, instead, be payable

to the **Primary Insured Person**. Any benefit due and unpaid at the **Insured Person's** death will be paid to the beneficiary indicated by the **Insured Person**. If there is no record of a beneficiary, the benefit will be paid to the first surviving party in the following order: 1) the **Insured Person's Spouse** or **Domestic Partner**; 2) in equal shares to the **Insured Person's** surviving children; 3) in equal shares to the **Insured Person's** surviving parents; 4) in equal shares to the **Insured Person's** surviving brothers and sisters; 5) the **Insured Person's** estate. When a Claim Payment is made, any premium due and unpaid may be deducted from the **Benefit Amount**.

THIRD PARTY ADMINISTRATOR NOTICE – Federal Insurance Company has contracted with an independent third party administrator to provide administrative services under group policy # 9907.88.89 described in this description of coverage. Services provided include but are not limited to enrollment, fulfillment, and claims coordination. **To File a Claim or for Customer Service Related Issues such as billing matters or general questions:** Please contact the plan administrator:

**PLAN ADMINISTRATOR:**

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

FOR CLAIMS RELATED MATTERS ONLY - you may submit a claim directly to Federal Insurance Company. To file a claim directly with Federal Insurance Company contact the Claim Administrator, Broadspire, a Crawford Company, phone number: 844-811-2534. Complete all items on the required claim form, attach all appropriate documents, and mail or fax to: Broadspire, a Crawford Company, P.O. Box 459084, Sunrise, FL 33345, phone number: 844-811-2534. **ALL CUSTOMER SERVICE RELATED ISSUES INCLUDING BUT NOT LIMITED TO ENROLLMENT, FULFILLMENT, GENERAL QUESTIONS, & PAYMENT QUESTIONS SHOULD BE DIRECTED TO THE PLAN ADMINISTRATOR NOTED ABOVE AND NOT FEDERAL INSURANCE COMPANY.**

## Seguro Grupal por Estado Crítico

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. La Póliza Maestra, 9907-88-89, que se encuentra en poder del administrador, contiene disposiciones completas de la póliza. Si hay discrepancias entre la póliza y esta descripción de cobertura, regirá la póliza.

### **INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA**

**TITULAR DE LA PÓLIZA:** American Better Health Organization

**NÚMERO DE PÓLIZA DE GRUPO:** 9907-88-89

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

Clase 2 – Todos los integrantes del **Titular de la Póliza** inscritos en el nivel de membresía 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 Premier – Single Parent \$(X), además de sus **Hijos Dependientes**.

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

**MONTO DE BENEFICIOS:** \$(X)

<b>Expedición Garantizada</b>	
Clase 1	\$(X)
Clase 2	\$(X)
Clase 3	\$(X)
Clase 4	\$(X)

**AVISO A LOS TITULARES DE LA PÓLIZA Y A LAS PERSONAS ASEGURADAS**  
**LA PÓLIZA OFRECE UN SEGURO QUE ES SUPLEMENTARIO AL SEGURO DE SALUD. NO SUSTITUYE LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (O DE OTRA COBERTURA FUNDAMENTAL MÍNIMA) PUEDE RESULTAR EN UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.**

***ESTO NO ES UN CONTRATO DE SUPLEMENTO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, lea la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare, disponible a través de la Empresa.***

***So póliza le ofrece beneficios para las Afecciones Crónicas que se detallan***

***No ofrece beneficios para ninguna otra enfermedad o afección***

***Lea su póliza detenidamente***



### **Afección Crítica**

**Nosotros** pagaremos el **Monto de Beneficios**, que se muestra debajo, si a una **Persona Asegurada**, cuando está asegurada bajo esta póliza, se le **Diagnostica** primero una **Afección Cubierta**, sujeto a la exclusión de **Afección Preexistente**, de haberla. Las **Afecciones Cubiertas** bajo el beneficio de Afecciones Críticas son, detalladas por categoría, las siguientes:

## **LISTA DE BENEFICIOS ELEGIBLES**

Categoría	Afección Crítica	Porcentaje de Monto de Beneficios
1- Cáncer/tumores	<b>Cáncer de tipo 1</b>	100 %
2- Corazón y sistema circulatorio	<b>Ataque al corazón</b>	100 %
	<b>Apoplejía</b>	100 %
4 - Trasplantes	<b>Trasplante Mayor de Órganos</b>	100 %

**AFECCIONES CUBIERTAS:** Como **Persona Asegurada Principal**, usted, su **Cónyuge** o **Pareja de Hecho** y sus **Hijos Dependientes** estarán asegurados contra el **Cáncer de Tipo 1**, los **Ataques al Corazón**, la **Apoplejía** y los **Trasplantes Mayores de Órganos** si usted cumple los requisitos de elegibilidad.

**Nosotros** pagaremos un máximo de 100 % por categoría para cada Afección Crítica sufrida por la **Persona Asegurada**. Los beneficios se pagan una vez para cada categoría de Afección Crítica.

### **Categoría 1: Cáncer/tumores**

#### **Cáncer de tipo 1**

A los fines de esta póliza, **Cáncer de tipo 1** significa un neoplasma maligno, que se caracteriza por el crecimiento y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos y que no está excluido específicamente en lo sucesivo. Se incluyen las leucemias, excepto la leucemia crónica linfocítica de etapa 0, y se incluyen los linfomas, excepto de linfoma relacionado con el VIH y el linfoma cutáneo. El **diagnóstico del cáncer de tipo 1** será la fecha en que el **cáncer de tipo 1** se confirme por primera vez mediante un **diagnóstico patológico** o un **diagnóstico clínico**. Si un **diagnóstico patológico** no está disponible, **nosotros** aceptaremos un **diagnóstico clínico** si se cumplen las condiciones siguientes: 1) un **Diagnóstico Patológico** no puede llevarse a cabo porque es médicamente inadecuado o representa un riesgo de vida; 2) hay pruebas médicas en forma de pruebas de laboratorio que incluyen marcadores tumorales, si están disponibles, resultados de exámenes físicos y estudios por imágenes u otros resultados de estudios que respaldan el **Diagnóstico**; y 3) un **Médico** matriculado está tratando a la **Persona Asegurada** por **cáncer de tipo 1**. El **Cáncer de tipo 1** no incluye: 1) cualquier lesión premaligna, tumor benigno o pólipo; 2) cualquier tumor papilar de la vejiga clasificado como Ta según la **Clasificación TNM**; 3) cualquier tumor de próstata clasificado como T1a o T1b según la **Clasificación TNM**; 4) cualquier carcinoma papilar de la tiroides que tenga un diámetro de un centímetro o menos; 5) cualquier tumor en presencia de virus de inmunodeficiencia humana; 6) cualquier **Cáncer de Piel**, a no ser que el tumor sea un melanoma maligno de un grosor de más de 1.0 milímetro (independientemente del nivel de ulceración de Clark) según lo determine un examen histológico con el método de Breslow; 7) **Cáncer de Tipo 2**; 8) leucemia linfocítica crónica (CLL), igual a la Etapa 0, según lo define la clasificación RAI; 9) cualquier lesión no maligna o no invasiva; 10) cualquier **Carcinoma in Situ**; 11) **Carcinoma de Células Escamosas o Basales**; y 12) cualquier grado de displasia.

### **Categoría 2: Corazón y sistema circulatorio**

#### **Ataque al corazón**

A los fines de la póliza, el **Ataque al Corazón** (infarto de miocardio) significa un suministro de sangre inadecuado al miocardio (músculo del corazón), que provoca un infarto (necrosis del tejido) de una parte del miocardio (músculo del corazón). El **Diagnóstico** de un **Ataque al Corazón** será la fecha

en que la muerte isquémica de una parte del músculo del corazón sea confirmada por primera vez por un **Médico** matriculado. Un **Médico** matriculado debe llevar a cabo el **Diagnóstico**, que debe estar evidenciado por un aumento de marcadores cardíacos bioquímicos a los niveles de **Diagnóstico** de infarto de miocardio, con al menos [uno] de los siguientes: 1) Resultados electrocardiográficos (EKG) nuevos y seriales coherentes con infarto de miocardio; 2) Estudios por imagen de confirmación, como exploraciones con talio, exploraciones MUGA o electrocardiogramas de esfuerzo. Los **Ataques al Corazón** no incluyen: 1) marcadores cardíacos bioquímicos elevados como resultado de procedimientos cardíacos intraarteriales, como la angiografía coronaria y la angioplastia coronaria, en la ausencia de nuevas ondas Q; 2) cambios en el ECG que sugieren un infarto de miocardio anterior (no actual); 3) **Ataques al Corazón** no incluyen ninguna otra enfermedad o lesión que impliquen el sistema cardiovascular; 4) el Paro Cardíaco no provocado por un infarto de miocardio no es un **Ataque al Corazón**; 5) Un **Ataque al Corazón** que ocurre durante un procedimiento relacionado con el corazón.

### **Apoplejía**

A los fines de esta póliza, **Apoplejía** significa la muerte de tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo con una pérdida demostrable de función neurológica que persiste durante treinta (30) días, y déficit neurológico permanente que mida [96 horas – tres meses] o más después del evento que resulte en una calificación de dos (2) o más en la Escala de Rankin Modificada para resultados de la **Apoplejía**. El **Diagnóstico** de **Apoplejía** debe ser llevado a cabo por un **Médico** matriculado y respaldado con resultados clínicos y datos de laboratorio objetivos. **Nosotros** debemos recibir evidencia del daño neurológico permanente proporcionado por una Tomografía Axial Computarizada (exploración CAT) o Imágenes de Resonancia Magnética (MRI). La **Apoplejía** no incluye: 1) Ataques Isquémicos Transitorios (TIA); 2) Isquemia Vertebrobasilar; 3) Insuficiencias Cerebrovasculares Crónicas; 4) Lesiones en la Cabeza.

## **Categoría 4: Trasplantes**

### **Trasplante Mayor de Órganos**

A los fines de esta póliza, **Trasplante Mayor de Órganos** significa el **Diagnóstico** por parte de un **Médico** matriculado de insuficiencia cardíaca, hepática, pulmonar o pancreática total debido a una insuficiencia de etapa final del órgano que resulta en la fecha que la **Persona Asegurada** es incluida en la lista de Red Unida para Compartir Órganos (UNOS) para un trasplante. Si se determina que la **Persona Asegurada** está demasiado enferma para el trasplante pero, de otro modo, cumple los criterios para estar registrada en (UNOS), se omitirá el requisito de registro. El **Trasplante Mayor de Órganos** no incluirá: 1) el trasplante de Islotes de Langerhans u órganos recibidos de un donante no humano. La necesidad médica de trasplante debe determinarse de la manera siguiente: Para un *trasplante de corazón*: por un **Médico** matriculado y con el respaldo de resultados clínicos y pruebas de diagnóstico, incluidas: a) imágenes radiográficas. 2) Para un *trasplante de hígado*: por un **Médico** matriculado, y con el respaldo de resultados clínicos y datos de laboratorio. La necesidad de un trasplante de hígado que resulte directa o indirectamente de una sobredosis de drogas o de la ingestión excesiva de alcohol no está cubierta bajo esta póliza. 3) Para un *trasplante de pulmón*: por un **Médico** matriculado y con el respaldo de resultados clínicos y pruebas de diagnóstico, incluidas: a) una prueba de la función pulmonar; b) una radiografía de tórax; y c) evidencia de enfermedad pulmonar en etapa final. 4) Para un *trasplante de páncreas*: por un **Médico** matriculado y con el respaldo de la disfunción progresiva del páncreas, en base a resultados clínicos y a datos de laboratorio.

**PERÍODO DE ESPERA:** **Período de Espera** significa la cantidad de días consecutivos inmediatamente posterior a la Fecha de Entrada en Vigencia del seguro de un integrante antes de que la **Persona Asegurada** sea elegible para los beneficios. El **Período de Espera** es:

Categoría 1– Cáncer/tumores	Período de Espera de 90 Días
Categoría 2– Corazón y sistema circulatorio	Período de Espera de 30 Días
Categoría 4 – Trasplantes	Período de Espera de 30 Días

Nota: 1) No se pagarán beneficios para una Afección Crítica si el **Diagnóstico** se lleva a cabo o si un procedimiento se recomienda durante el **Período de Espera** para los Beneficios; o 2) no se pagarán beneficios para una Afección Crítica para la que una **Persona Asegurada** demuestre síntomas que provocarían que una persona procure tratamiento médico por parte de un **Médico** matriculado para una Afección Crítica durante el **Período de Espera**.

**MONTO máximo por vida:** El **Monto de Beneficios** máximo que **Nosotros** pagaremos para cada **Persona Asegurada** bajo la póliza es el 300% del Monto de Beneficios para todas las incidencias combinadas para todas las **Afecciones Cubiertas**. La cobertura bajo la póliza cesa cuando se alcanza el Monto Máximo por Vida.

**ELEGIBILIDAD:** Es elegible para asegurarse como **Persona Asegurada Principal**, y permanece elegible, cuando la póliza está en vigencia y se cumplen todos los requisitos siguientes: 1) El integrante está en una Clase Elegible; 2) El integrante tiene sesenta y nueve (69) años de edad o menos; y 3) Y el integrante es **Integrante/titular de una cuenta sin sanciones**. Una persona elegible para asegurarse como **Persona Asegurada Adicional**, y permanece elegible, cuando la póliza está en vigencia y se cumplen todos los requisitos siguientes: **1) El integrante es elegible para asegurarse como Persona Asegurada Principal; y 2) La persona es el Cónyuge o la pareja en Unión Civil del integrante, o su Pareja de Hecho o Hijo Dependiente.** Una persona no puede asegurarse al mismo tiempo como **Persona Asegurada Principal** y **Persona Asegurada Adicional**. Una persona solo puede asegurarse bajo una (1) Clase Elegible. Si una persona es el **Hijo Dependiente** de dos (2) **Personas Aseguradas Principales**, la persona solo puede asegurarse como el **Hijo Dependiente** de una (1) de ellas.

**CUÁNDO COMIENZA EL SEGURO PARA UNA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL Y CUALQUIER PERSONA ASEGURADA ADICIONAL:** Sujeto al pago de la prima correspondiente, su seguro entra en vigencia en la fecha en que se cumplen todos los requisitos: 1) la póliza está vigente; 2) Usted es elegible para asegurarse como **Persona Asegurada Principal** o **Persona Asegurada Adicional**; 3) **Nosotros** hayamos aprobado Su formulario de inscripción, si corresponde; 4) se **Nos** pagó la prima requerida; 5) **Nosotros** determinamos que la evidencia de capacidad de ser asegurado, si es requerida, fue satisfactoria; y 6) finalizó el **Período de Espera**, de haberlo.

**Cobertura de Recién Nacidos:** El hijo de una **Persona Asegurada Principal** que nazca cuando la póliza está vigente tiene cobertura desde el momento del nacimiento durante un período de treinta y un (31) días. La cobertura para un recién nacido no continuará después del período de treinta y un (31) días si la **Persona Asegurada Principal** no proporcionó aviso por escrito del nacimiento al **Titular de la Póliza** y no pagó la prima requerida, de haberla.

**Hijos Adoptivos:** El hijo recién adoptado de una **Persona Asegurada Principal** está cubierto desde el momento de la adopción, o de la colocación para la adopción, durante un período de treinta y un (31) días. La cobertura para un hijo adoptivo no continuará después del período de treinta y un (31) días después de la colocación si la **Persona Asegurada Principal** no proporcionó aviso por escrito de la adopción, o de la colocación para la adopción, al **Titular de la Póliza** y no pagó la prima requerida, de haberla.

**CUÁNDO FINALIZA EL SEGURO PARA UNA PERSONA ASEGURADA PRINCIPAL Y CUALQUIER PERSONA ASEGURADA ADICIONAL:** El seguro de un integrante de una Clase Elegible como **Persona Asegurada Principal** bajo la póliza finalizará en lo primero que ocurra entre los hechos siguientes: 1) finaliza la póliza; 2) la **Persona Asegurada Principal** ya no está en una Clase Elegible; 3) la **Persona Asegurada Principal** solicita, por escrito, la finalización del seguro; 4) no se pagó en el plazo indicado la prima requerida para la **Persona Asegurada Principal**; según se muestra en el Resumen de Primas. 5) **Nosotros** pagamos el Monto Máximo por Vida, como se muestra en la Tabla de Beneficios Elegibles; 6) la **Persona Asegurada Principal** fallece; o 7) la **Persona Asegurada Principal** alcanza los setenta (70) años de edad. El seguro de una **Persona Asegurada Adicional** bajo la póliza finalizará en lo primero que ocurra entre los hechos siguientes: 1) la póliza finaliza; 2) el seguro par la **Persona Asegurada Principal** finaliza, como se describe arriba; 3) **Nosotros** pagamos el Monto Máximo por Vida, como se muestra en la tabla de Beneficios Elegibles; 4) la **Persona Asegurada Adicional** deja de ser un **Cónyuge** o una **Pareja de Hecho** o un **Hijo Dependiente** elegible; 5) la **Persona Asegurada Principal** solicita, por escrito, que finalice el seguro de la **Persona Asegurada Adicional**; 6) la **Persona Asegurada Principal** no paga a tiempo cualquier prima requerida para mantener vigente el seguro de la **Persona Asegurada Adicional**; 7) si la **Persona Asegurada Adicional** es el **Cónyuge** o la **Pareja de Hecho** de la **Persona Asegurada Principal**, el seguro finaliza cuando la **Persona Asegurada Adicional** alcanza los (70) años de edad; o 8) la **Persona Asegurada Adicional** fallece.

**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 enfermedad, trastorno u otro malfuncionamiento corporal, o tratamiento quirúrgico o médico del mismo; 4) ocurra mientras la **Persona Asegurada** esté cubierta bajo los términos de la póliza que se encuentra vigente; y 5) sea causa directa del siniestro. **Empresa** significa Federal Insurance Company. **Monto de Beneficios** significa el monto de seguro seleccionado por escrito por la **Persona Asegurada Principal**, según se especifica en la Tabla de Beneficios Elegibles. **Afección Cubierta** significa una enfermedad, lesión o afección identificada en la Tabla de Beneficios Elegibles. **Diagnosticar, Diagnosticada o Diagnóstico** significa el establecimiento inicial definitivo por parte de un **Médico** matriculado de la **Afección Cubierta** de una **Persona Asegurada**. **Persona Asegurada** significa una **Persona Asegurada Principal** o **Persona Asegurada Adicional** bajo la póliza. **Médico** significa un profesional del arte de curar matriculado, que actúe dentro del alcance de su matrícula, y que ofrezca cuidado y tratamiento adecuado para la **Afección Cubierta**, 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 la entidad identificada en el Contrato del Seguro.

**Prueba de Siniestro** significa pruebas aceptables para **Nosotros** de que ha ocurrido un siniestro. **Nosotros, Nos, Nuestro** significa Federal Insurance Company.

**DEFINICIONES ADICIONALES:** **Persona Asegurada Adicional** significa el **Cónyuge o Pareja de Hecho** y los **Hijos Dependientes** de la **Persona Asegurada Principal**: 1) para los cuales una **Persona Asegurada Principal** ha elegido y se aprobó el seguro bajo la póliza; 2) para los cuales una **Persona Asegurada Principal** pagó la prima de seguro requerida, de haberla; 3) que cumplieron el **Período de Espera**, de haberlo; y 4) que proporcionaron evidencia satisfactoria de capacidad de ser asegurados, si se requirió. **Carcinoma In Situ** significa un cáncer no invasivo que está en el lugar natural o normal, confinado al sitio de origen sin haber invadido tejidos cercanos. **Afección Congénita** significa una enfermedad o un problema que se hereda genéticamente y es identificable en el nacimiento. **Hijo Dependiente** significa el hijo soltero de la **Persona Asegurada Principal**, incluidos un hijo natural, un hijo adoptado, un hijo colocado para adopción con la **Persona Asegurada Principal**, un hijastro o un nieto que depende principalmente de la **Persona Asegurada Principal** para su manutención y que: 1) tiene entre un (1) día y veintiséis (26) años de edad; o 2) está clasificado como **Hijo Dependiente Incapacitado**. **Pareja de Hecho** significa una persona designada por escrito en el momento de la inscripción por la **Persona Asegurada Principal** que: 1) tenga al menos dieciocho (18) años de edad y sea competente para celebrar un contrato; y 2) no tenga un relación de parentesco de sangre con la **Persona Asegurada Principal**, más cercana que la que impediría el matrimonio; y 3) haya cohabitado exclusivamente con la **Persona Asegurada Principal** durante al menos un (1) año antes de la fecha de inscripción; y 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 los 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 automóvil con la **Persona Asegurada Principal**; o d) una cuenta de tarjeta de crédito conjunta en una institución financiera. **Monto de Beneficios con Expedición Garantizada** significa el monto especificado en la Tabla de Beneficios Elegibles que está disponible bajo la póliza sin evidencia de la capacidad de ser asegurado. El **Monto de Beneficios con Expedición Asegurada** no se aplica respecto de ninguna **Afección Cubierta** que esté sujeta a una **Afección Preexistente**. **Hospital** significa una institución que: 1) tiene autorización como hospital, donde dicha autorización es obligatoria; 2) funciona principalmente para el cuidado y el tratamiento de personas enfermas y lesionadas como pacientes internados; 3) tiene un personal de uno o más **Médicos** matriculados disponibles en todo momento; 4) ofrece un servicio de enfermería las 24 horas y tiene al menos un enfermero matriculado en servicio en todo momento; 5) tiene instalaciones de diagnóstico y quirúrgicas organizadas, ya sea en el sitio o en instalaciones disponibles para el hospital de manera preestablecida; y 6) **no** es un hogar de ancianos, una residencia de ancianos, un hogar de convalecencia, un centro de cuidado extendido, un centro de vivienda asistida, un centro de rehabilitación ni un lugar para alcohólicos o adictos a las drogas. **Familiar Directo** significa una persona con la relación siguiente con la **Persona Asegurada**: 1) el **Cónyuge** o la **Pareja de Hecho**; 2) los hijos, incluidos los hijos adoptivos o hijastros; 3) nueras o yernos; 4) los tutores legales o menores en guarda legal; 5) los hermanos o cuñados; 6) los padres o suegros; 7) los abuelos o nietos; 8) los tíos o tías; 9) los sobrinos o sobrinas. **Familiar Directo** también significa los hijos de un **Cónyuge** o **Pareja de Hecho**, incluidos hijos adoptivos o hijastros; nueras o yernos; tutores legales o menores en guarda legal; hermanos o cuñados; padres o suegros; abuelos o nietos; tíos o tías; sobrinos o sobrinas. **Hijo Dependiente Incapacitado** significa un hijo que, como resultado de problemas mentales o físicos permanentes, es incapaz de mantenerse a sí mismo y depende de manera permanente de la **Persona Asegurada Principal** para su manutención. La incapacidad debe haber ocurrido cuando el hijo tenía menos de veintiséis (26) años de edad y debe ser elegible para ser asegurado bajo la póliza. **Integrante/titular de una cuenta sin sanciones** significa una persona actualmente aceptada como integrante por el **Titular de la Póliza**. **Diagnóstico Patológico** significa un **Diagnóstico** basado en un estudio microscópico de tejidos fijos o preparaciones de los sistemas sanguíneos. Este tipo de **Diagnóstico** debe ser llevado a cabo por un **Médico** matriculado que sea patólogo certificado por una junta y cuyo **Diagnóstico** de malignidad cumpla las normas del Colegio Estadounidense de Patología. **Afección Preexistente** significa cualquier enfermedad, afección, lesión, enfermedad mental o problema para el cual asesoramiento médico, **Diagnóstico**, cuidado o tratamiento: 1) fue recibido por una **Persona Asegurada**; 2) fue recomendado a una **Persona Asegurada**; o 3) habría sido procurado por una persona razonablemente prudente durante el período de noventa (90) días antes de ser asegurado bajo la póliza. En el caso de aumento en el **Monto de Beneficios de la Persona Asegurada**, la **Afección Preexistente** se aplica: 1) solo al monto del aumento, y 2) durante los noventa (90) días inmediatamente anteriores al aumento. **Persona Asegurada Principal** significa la persona que: 1) tiene una relación directa con el **Titular de la Póliza**; 2) ha elegido y se aprobó el seguro bajo la póliza; 3) pagó la prima de seguro requerida, de haberla; 4) cumplió el **Período de Espera**, de haberlo; y 5) proporcionó evidencia satisfactoria de capacidad de ser asegurado, si se requirió. **Enfermedad** significa una enfermedad o una afección física que comienza con la póliza en vigencia y no es una **Afección Preexistente**. Todas las **Enfermedades** debido a la misma causa o a una causa relacionada se consideran una **Enfermedad**. **Cónyuge** significa un marido o una esposa que es reconocido como tal por las leyes de la jurisdicción del lugar donde reside, o la pareja de una unión civil, con sesenta y nueve (69) años de edad o menos. **Carcinoma de Células Escamosas o Basales** es un **Cáncer de Piel** que se origina en las células de la capa externa de la piel, denominada epidermis. **Subsidiaria** significa una organización donde: 1) más del cincuenta por ciento (50 %) de los títulos disponibles o derechos de voto que representan el derecho presente de voto en una elección de directores es propiedad o es de control

directo o indirecto, en cualquier combinación por el **Titular de la Póliza**; o 2) el **Titular de la Póliza** ejerce control de la gerencia. **Clasificación TNM** significa las normas de clasificación para el **Cáncer de Tipo 1**, **Cáncer de Piel** y **Cáncer de Tipo 2**, desarrolladas por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer.

**EXCLUSIONES:** Este seguro no se aplica a ningún siniestro provocado por o resultante de, directa o indirectamente, cualquier enfermedad no específicamente detallada como **Afección Cubierta**; o el suicidio o intento de suicidio de una **Persona Asegurada** o sus lesiones autoniflingidas cuando la **Persona Asegurada** está cuerda o insana. Este seguro no se aplica a ningún siniestro provocado por o resultante de, directa o indirectamente, cualquier enfermedad no específicamente detallada como **Afección Cubierta** y que no aparezca en la Tabla de Beneficios Elegibles.

**EXCLUSIONES ADICIONALES:**

**Alcoholismo y Abuso de Drogas o Sustancias:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, el alcoholismo o el abuso de drogas o sustancias de la **Persona Asegurada**. Además, el seguro no se aplica a cualquier confinamiento en un centro de desintoxicación o centro de rehabilitación por drogas o alcohol que no sea también un **Hospital** o parte de un **Hospital**.

**Afecciones Congénitas:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, una afección congénita **Diagnosticada** por un **Médico** matriculado.

**Encarcelamiento:** Este seguro no se aplica a ninguna **Enfermedad** ni a ningún **Accidente** provocado por o resultante de, directa o indirectamente, cualquier ocurrencia cuando la **Persona Asegurada** está encarcelada.

**Actos Ilegales:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la comisión o el intento de comisión por parte de la **Persona Asegurada** de un delito grave o de su participación en una actividad u ocupación ilegal.

**Participación en Tumultos:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la participación voluntaria en tumultos por parte de la **Persona Asegurada**.

**Participación en Deportes Extremos:** Este seguro no se aplica a ninguna **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la participación de la **Persona Asegurada** en buceo a profundidades de más de 100 pies; paracaidismo; aladeltismo o vuelo en parapente; parapente no sobre el agua; saltos de caída libre; montañismo o escalamiento de rocas que normalmente requieren el uso de guías o sogas; o caminata por cuevas.

**Actividades Deportivas Profesionales:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la participación de la **Persona Asegurada** en cualquier actividad deportiva profesional para la que la **Persona Asegurada** recibió un salario o dinero de premio.

**Afección Preexistente:** No se pagará ningún **Monto de Beneficios** bajo la póliza para una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, una **Afección Preexistente**. Esta exclusión de **Afección Preexistente** se aplica solo durante seis (6) meses, a partir de la fecha de entrada en vigencia del seguro de la **Persona Asegurada**. Sin embargo, en el caso de un aumento en el **Monto de Beneficios**, el período de seis (6) meses comenzará de nuevo respecto del monto de dicho aumento.

**Procedimientos y Diagnóstico Fuera de los EE. UU o sus Territorios:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** que haya sido **Diagnosticada**, ni a procedimientos quirúrgicos que hayan sido llevados a cabo, fuera de los Estados Unidos o sus Territorios, a no ser que el **Diagnóstico** pueda ser verificado por un **Médico** matriculado para ejercer en los Estados Unidos o sus territorios.

**Carrera o Competencia de Velocidad:** Este seguro no se aplica a ninguna **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la participación de la **Persona Asegurada** en una carrera de vehículos motorizados o competencia de velocidad.

**Rechazo del Tratamiento Médico:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, el rechazo al tratamiento médico recomendado siguiente por parte de la **Persona Asegurada**: a. un **Médico** recomendó el tratamiento con angioplastia o **Bypass de la Arteria Coronaria** para la enfermedad de la arteria coronaria, la **Persona Asegurada** rechaza el tratamiento y la **Persona Asegurada** sufre un **Ataque al Corazón**; o b. un **Médico** recomendó el tratamiento para un aneurisma o la estenosis de la arteria carótida, la **Persona Asegurada** rechaza el tratamiento y la **Persona Asegurada** sufre **Apoplejía**; o c. un **Médico** recomendó una biopsia de **Diagnóstico** o la extirpación **Diagnóstica/terapéutica** de una masa o lesión sospechada de **Cáncer**, la **Persona Asegurada** lo rechaza y la **Persona Asegurada** desarrolla **Cáncer de Tipo 1**, **Cáncer de Piel** o **Cáncer de Tipo 2**.

**Transporte Impulsado o Lanzado por Cohete:** Este seguro no se aplica a una **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, un viaje o vuelo de la **Persona Asegurada** en transporte impulsado o lanzado por cohete.

Servicio en las Fuerzas Armadas: Este seguro no se aplica a ninguna **Enfermedad** o **Accidente** provocados por o resultantes de, directa o indirectamente, la participación de la **Persona Asegurada** en acción militar durante el servicio militar activo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida.

Guerra: Este seguro no es aplicable a ninguna **Afección Cubierta** provocada por o resultante de, directa o indirectamente, guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza militar o personal, toda medida adoptada para impedir o defender cualquiera de estos, la destrucción o confiscación de propiedad para fines militares, o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directos o indirectos, ya sean cubiertos o no, que contribuyan en cualquier secuencia al siniestro.

Indemnización Laboral: Este seguro no cubre **Enfermedad** ni **Accidente** que surjan de ni en el curso de cualquier ocupación para remuneración, salario o beneficio, pagadero bajo la Ley de Enfermedades Ocupacionales, Indemnización Laboral o leyes similares, se hayan solicitado dichos beneficios o no.

## CONDICIONES COMUNES DE LA PÓLIZA

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 **Nosotros** recibamos un aviso de reclamo, **Nosotros** enviaremos a la **Persona Asegurada** o a la persona designada por la **Persona Asegurada**, dentro de los quince (15) días, los formularios correspondientes para proporcionarnos la **Prueba del Siniestro**. Si la **Persona Asegurada** o la persona designada por la **Persona Asegurada** no reciben los formularios, la **Persona Asegurada** o la persona designada por la **Persona Asegurada** deben enviarnos a **Nosotros** 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 RECLAMO POR SINIESTRO: Para todos los reclamos, se **Nos** debe enviar **Prueba de Siniestro** dentro de los noventa (90) días después de ocurrido el siniestro, o tan pronto como sea razonablemente posible.

PAGO POR EL RECLAMO: Para todos los beneficios pagaderos bajo la póliza, **Nosotros** pagaremos a la **Persona Asegurada** el **Monto de Beneficios** inmediatamente después de haber recibido una **Prueba de Siniestro** de reclamo completa, si la **Persona Asegurada** y el **Titular del Seguro** han cumplido con todos los términos de esta póliza. Sin embargo, si la **Persona Asegurada** a quien el **Monto de Beneficios** se pagaría normalmente es un **Hijo Dependiente**, entonces el **Monto de Beneficios** se pagará, en cambio, a la **Persona Asegurada Principal**. Cualquier beneficio que deba pagarse y no se pagó al fallecer la **Persona Asegurada** se le pagará al beneficiario indicado por la **Persona Asegurada**. Si no hay registro de un beneficiario, se le pagará el beneficio al primer sobreviviente en el siguiente orden: 1) el **Cónyuge** o la **Pareja de Hecho** de la **Persona Asegurada**; 2) en partes iguales a los hijos sobrevivientes de la **Persona Asegurada**; 3) en partes iguales a los padres sobrevivientes de la **Persona Asegurada**; 4) en partes iguales a los hermanos y las hermanas de la **Persona Asegurada**; 5) la sucesión de la **Persona Asegurada**. Cuando se lleva a cabo el Pago de un Reclamos, las primas que deban pagarse y no se pagaron pueden deducirse del **Monto de Beneficios**.

AVISO SOBRE TERCEROS ADMINISTRADORES – Federal Insurance Company ha contratado a un tercero administrador independiente para que ofrezca servicios administrativos bajo la póliza grupal # 9907.88.89 descrita en esta descripción de cobertura. Los servicios provistos incluyen, entre otros, coordinación de inscripción, cumplimiento y reclamaciones. **Para presentar una reclamación o para asuntos relacionados con Servicio al Cliente, tal como temas de facturación o preguntas generales:** Por favor, comuníquese con el administrador del plan:

### ADMINISTRADOR DEL PLAN:

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

PARA ASUNTOS RELACIONADOS CON RECLAMOS ÚNICAMENTE - Puede presentar un reclamo directamente a Federal Insurance Company. Para presentar un reclamo directamente a Federal Insurance Company, comuníquese con la Administradora de Reclamos, Broadspire, una empresa de Crawford, teléfono: 855-830-3719. Complete todos los puntos en el formulario de reclamo requerido, adjunte los documentos correspondientes, y envíe todo por correo postal o fax a: Broadspire, a Crawford Company, P.O. Box 792190, San Antonio, TX 78279, teléfono: 855-830-3719. **TODOS LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO AL CLIENTE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, INSCRIPCIÓN, CUMPLIMIENTO, PREGUNTAS GENERALES Y PREGUNTAS SOBRE PAGOS, DEBEN DIRIGIRSE AL ADMINISTRADOR DEL PLAN INDICADO ARRIBA Y NO A FEDERAL INSURANCE COMPANY.**

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.