



VisionWise | AK, AL, AR, AZ, CO, CT, DC, DE, FL, GA, HI, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MD, ME, MI, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NV, OH, OK, PA, SC, SD, TN, TX, VA, VT, UT, WI, WV y WY



VisionWise

Los planes de VisionWise® son planes de servicios para la vista para personas y familias

GOLDEN RULE INSURANCE COMPANY ES LA ASEGURADORA DE ESTAS PÓLIZAS. LOS BENEFICIOS SON ADMINISTRADOS POR SPECTERA, INC.

Formularios de las pólizas: VIS-CH-GRI y otras diferencias entre estados

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations.

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.

UnitedHealthcare®
Golden Rule Insurance Co.

Índice

¿Por qué elegir la cobertura de servicios para la vista?	3
Beneficios y red del plan de servicios para la vista	4
Exclusiones y limitaciones	6
Disposiciones de los planes	7
Diferencias entre estados	8
Avisos de privacidad y otros avisos	15



Aspectos destacados de los servicios para la vista

Toda la cobertura de su salud ocular en un plan conveniente con primas para presupuestos ajustados



¿Por qué un seguro de servicios para la vista?

Cuidar su salud va más allá de los exámenes médicos regulares. ¿Sabía que los exámenes de la vista pueden ayudar a detectar los primeros signos de algunos problemas de salud, como la diabetes y los problemas cardíacos? Contar con un plan complementario como VisionWise puede proporcionar la cobertura adicional que le ayudará a proteger su salud general y presupuesto.



Exámenes de la vista y anteojos sin período de espera

La salud visual y los exámenes oculares de rutina no solo son importantes para ver mejor, sino que está demostrado que contribuyen a la detección temprana de ciertas médicas — lo que le ayudará a vigilar su salud en general. Nuestros planes de VisionWise ofrecen cobertura para sus exámenes anuales de la vista, sin períodos de espera, y cobertura para anteojos y lentes de contacto. La red de servicios para la vista incluye proveedores de práctica privada y los principales proveedores minoristas.



Ayuda a mejorar su calidad de vida

En casi todo lo que hacemos, es importante poder ver con claridad. El trabajo, los estudios, las actividades e incluso las relaciones dependen de nuestros ojos para poder captar el mundo que nos rodea. Invertir en la salud de sus ojos, con el apoyo de un seguro de servicios para la vista, como un plan de VisionWise, puede ayudarle a conservar su salud, más allá de la corrección visual.



Beneficios de los planes para la vista

VisionWise ofrece beneficios directos con cobertura tanto para anteojos como para lentes de contacto, para que pueda obtener el cuidado y los materiales para la vista adecuados para usted.

Beneficios de Servicios para la Vista (por cada persona asegurada, una vez por cada año de la póliza¹)

Período de espera para servicios para la vista

Ninguna

		Red ²	Fuera de la red
Exámenes médicos de rutina		Usted paga \$0 Pagamos el 100%	Pagamos hasta \$50 de asignación
Lentes estándar³ y marcos⁴	Lentes monofocales	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago	Pagamos hasta \$40 de asignación
	Lentes bifocales con línea	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago	Pagamos hasta \$60 de asignación
	Lentes trifocales con línea	Usted paga \$10 de copago Pagamos el 100% después del copago	Pagamos hasta \$80 de asignación
	Marcos	Pagamos hasta \$150 de asignación	Pagamos hasta \$75 de asignación
Lentes de contacto Hasta 12 meses de suministro		Pagamos hasta \$150 de asignación	Pagamos hasta \$105 de asignación

¿Qué es una asignación?

Una asignación es una cantidad por pagar, una sola vez por cada año de la póliza, hasta la cantidad máxima, por un determinado beneficio por servicios o materiales. Por ejemplo, si compra marcos nuevos a **un proveedor de la red** por \$100, según los beneficios indicados anteriormente, pagaríamos \$100 porque este precio es inferior a la cantidad permitida. Si sus marcos nuevos se compraran a un **proveedor que no pertenece a la red**, sólo pagaríamos \$75 y usted tendría que pagar los \$25 restantes.

Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

¹ Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia. ² Usted puede utilizar servicios fuera de la red, pero tiene descuentos si usa proveedores de la red. Ingrese a myuhcvision.com para ver la lista de proveedores. ³ Los lentes estándar incluyen lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea/lenticulares, incluso con revestimiento estándar resistente a rayaduras en lentes elegibles según las indicaciones de un proveedor de servicios para la vista. ⁴ Las monturas estándar incluyen monturas para anteojos, su adaptación y ajustes posteriores para mantener la comodidad y la eficacia.

Red de beneficios de servicios para la vista



Beneficios para la vista y cómo funcionan

Los beneficios para la vista son administrados por Spectera, Inc. Cubriremos los servicios para la vista con sujeción a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza y otras variaciones entre estados. (Consulte las diferencias entre estados para obtener información detallada.)

Servicios de proveedores de la red

Estos planes usan la red de UnitedHealthcare Vision.* Usted recibirá el máximo valor de su cobertura cuando consulte a un proveedor de esta amplia red nacional de oculistas, optometristas y oftalmólogos, incluidos tanto médicos locales como proveedores minoristas reconocidos. Elija proveedores de la red en myuhcvision.com. Comuníquese con el proveedor, identifíquese como miembro de UnitedHealthcare Vision y proporcione su nombre y fecha de nacimiento para comenzar.



No necesita una tarjeta de ID ni hay que llenar formularios de reclamos cuando obtiene servicios de un proveedor de la red.

Servicios de proveedores que no pertenecen a la red

Usted deberá pagar el valor total al momento del servicio. Luego puede presentarnos la información detallada para el reembolso de los beneficios cubiertos. Consulte la póliza para obtener información detallada.

* No todos los proveedores participan en todos los planes. Verifique con su proveedor antes de usar sus beneficios.

Exclusiones y limitaciones

(planes de seguro)

Este es solo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados).

Los gastos cubiertos de servicios para la vista no incluirán ni se pagará ningún beneficio por los cargos incurridos para lo siguiente:

- Cualquier gasto o servicio relacionado con dicho gasto:
 - Que no sea un gasto cubierto o sea parte de un gasto cubierto que esté sujeto a un copago o que sea su responsabilidad
 - Para el cual no se describan beneficios de servicios para la vista en la póliza
 - Para un servicio para la vista que no se preste en ninguna circunstancia o que no se preste dentro del ámbito de la licencia del proveedor de servicios para la vista
 - Por los que una persona asegurada puede recibir indemnización de acuerdo con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales, u otra ley similar que responsabiliza al empleador
- Cualquier servicio para la vista:
 - Servicios que se presten sin costo a una persona asegurada en ausencia de un seguro que cubra el cargo
 - Que exceda las limitaciones de frecuencia o que exceda alguna asignación de beneficio aplicable, como se indica en la póliza
 - Prestado por un proveedor de servicios para la vista que sea familiar inmediato de la persona asegurada
 - Proporcionados antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de finalización de la póliza
- Entrenamiento ortóptico o de terapia de la vista y exámenes suplementarios asociados
- Artículos no recetados (p. ej., lentes sin corrección de la vista)
- Lentes de gran tamaño
- Reemplazo de marcos para anteojos y lentes para anteojos provistos conforme a la póliza que se pierdan o rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios están, de otro modo, disponibles
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos
- Cargos por citas incumplidas
- Cargo aplicable de impuesto sobre las ventas para los servicios de cuidado de la vista
- Cualquier examen ocular o anteojos correctivos requeridos por un empleador como condición de empleo
- Tratamiento correctivo de la vista de naturaleza experimental o de investigación
- Procedimientos quirúrgicos correctivos como, entre otros, queratotomía radial (RK), queratectomía fotorrefractiva (PRK) y cirugía LASIK
- Artículos para la vista, excepto los artículos para la vista recetados
- Lentes opcionales adicionales

Disposiciones del plan

Este es solo un resumen general de las disposiciones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados).

Año de la Póliza

Año de la Póliza se refiere a cada período de 12 meses consecutivos a partir de la fecha de vigencia.

Requisitos de participación

Los planes pueden emitirse a un asegurado principal de entre 18 y 99 años de edad y a su cónyuge/pareja de unión libre (según la definición del estado) de entre 16 y 99 años de edad. Los hijos dependientes que cumplen los requisitos son sus hijos naturales y adoptivos e hijastros menores de 26 años (o según como lo defina el estado).

Declaración incorrecta de la edad

Si se declara incorrectamente la edad de una persona asegurada, nuestros registros se modificarán para que figure la edad correcta. Los ajustes de las primas se efectuarán de tal manera que recibamos las primas por pagar de acuerdo con la edad correcta en su fecha de vencimiento después de que reciba nuestro aviso sobre corrección de la edad. Si, por tal motivo, no hubiéramos emitido la cobertura para dicha persona asegurada, le devolveremos la prima pagada menos las cantidades de los beneficios que hayamos pagado, y la cobertura se anularía a partir de la fecha de vigencia.

Cambio de residencia

Si cambia de residencia, le pedimos que nos lo notifique.

Proveedores que no pertenecen a la red o proveedores de la red

Puede pagar más si usa proveedores que no pertenecen a la red. Los proveedores que no pertenecen a la red pueden cobrarle cualquier monto, sin superar el cargo facturado después de que la parte cubierta por la póliza se haya pagado. Los proveedores de la red han acordado un precio con descuento para los gastos cubiertos y no le facturarán nada aparte de un copago, si corresponde.

Cambios en las primas

Nos reservamos el derecho a modificar la tabla de primas por clases, tal y como se define en la póliza. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 31 días antes de la fecha de vigencia de las nuevas tarifas. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en la fecha de pago de la prima.

Renovabilidad y cancelación de la cobertura

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

- El impago de las primas a su vencimiento, sujeto a las disposiciones en la póliza
- El final del período de la prima luego de recibir de su parte una solicitud de rescisión de la póliza
- En la fecha en que usted: realice un acto o práctica que constituya fraude; o presente una declaración falsa intencionada de un hecho material, que tenga alguna relación con la cobertura proporcionada en virtud de la póliza, incluidos los reclamos de beneficios en virtud de la póliza
- En la fecha en que decidamos discontinuar este plan, tipo de cobertura o toda la cobertura en su estado
- La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal. (Si hay otros miembros en la póliza, se aplican las disposiciones de continuación.)

Derecho de examen

Para nosotros es importante que esté satisfecho con la cobertura que le proporcionamos. Este producto tiene un período de derecho de examen, también conocido como período de gracia. Una vez que se presente la solicitud y se emita la póliza, si no está satisfecho con que la cobertura satisfaga sus necesidades de seguro, puede devolvernos la póliza en un plazo de 10 días (o según los requisitos del estado) y recibir el reembolso de la prima pagada. Consulte su póliza para obtener información detallada.

Diferencias entre Estados

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Alabama

Formulario: VIS-CH-GRI-01

- No hay diferencias

Alaska

Formulario: VIS-CH-GRI-50

- Si no hay ningún proveedor de la red a una distancia razonable (30 millas) de su domicilio o lugar de trabajo, el reembolso que recibirá corresponderá a sus beneficios de la red
- No se aplica la exclusión de los tratamientos correctivos de la vista de naturaleza experimental o de investigación
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios
- La disposición de Cancelación se modifica de la siguiente manera:
 - Si usted solicita la cancelación, ésta se producirá en la fecha en que recibamos la solicitud
 - Si decidimos discontinuar el plan o el tipo de cobertura, le avisaremos al menos 45 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura
 - Si decidimos discontinuar toda la cobertura en su estado, le avisaremos al menos 45 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura

Arizona

Formulario: VIS-CH-GRI-02

- No se aplica la exclusión por los servicios que preste un familiar inmediato

Arkansas

Formulario: VIS-CH-GRI-03

- No hay diferencias

Colorado

Formulario: VIS-CH-GRI-05

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos solteros de cualquier edad con una certificación médica de discapacidad y que dependan de usted o de su cónyuge

Connecticut

Formulario: VIS-CH-GRI-06

- La edad límite para hijos dependientes es de 27 años
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Delaware

Formulario: VIS-CH-GRI-07

- No hay diferencias

District of Columbia

Formulario: VIS-CH-GRI-08

- Dependiente que cumple los requisitos son su cónyuge/pareja de unión libre o conviviente civil (tal y como se define en la póliza), los dependientes de su conviviente civil y sus hijos naturales y adoptivos e hijastros menores de 26 años. El término dependiente que cumple los requisitos también incluirá a su nieto, sobrina o sobrino menor de edad a quien proporcione alimentos, ropa y alojamiento de forma regular y continua durante el tiempo en que las escuelas públicas del District of Columbia estén en sesión regular, si el tutor legal de dicho nieto, sobrina o sobrino menor de edad no está cubierto por otra póliza de accidentes o enfermedades.
- “Cónyuge” es una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que está legalmente casada con la persona asegurada según las leyes del estado o jurisdicción en la que se celebró el matrimonio. Siempre que el término cónyuge aparezca en la póliza, esta disposición incluye la definición de pareja de unión libre y pareja de unión civil en la póliza.

Florida

Formulario: VIS-CH-GRI-09

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos en acogida. La edad límite para hijos dependientes es de 31 años.
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios
- La disposición de Cancelación de la Cobertura se modifica de la siguiente manera: Su cobertura se cancelará y no se pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales una vez que se presente cualquiera de estas situaciones:
 - El impago de las primas a su vencimiento, sujeto a las disposiciones en la póliza;
 - Cuando recibamos su solicitud de cancelación;
 - A partir de la fecha en que usted presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o que lleve al error sobre cualquier hecho o elemento material de dicho reclamo, siempre que le notifiquemos por escrito al menos 45 días antes de cancelar la cobertura;
 - A partir de la fecha de vigencia de la póliza, como si la cobertura nunca hubiera existido, en caso de que los hechos materiales de la solicitud de cobertura sean falsos, incompletos o lleven al error, siempre que le hayamos avisado por escrito al menos 45 días antes de cancelar la cobertura;

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Florida (continuación)

- La disposición de Cancelación de la Cobertura se modifica de la siguiente manera: Su cobertura se cancelará y no se pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales una vez que se presente cualquiera de estas situaciones: (continuación)
 - En la fecha en que decidamos discontinuar este plan o tipo de cobertura. Le avisaremos al menos 90 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura. Se le ofrecerá la opción de contratar cualquier otra cobertura similar que ofrezcamos sin tener en cuenta su estado de salud;
 - En la fecha en que decidamos discontinuar toda la cobertura en su estado. Le avisaremos a usted y a la respectiva autoridad estatal al menos 180 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura; o
 - La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal

Georgia

Formulario: VIS-CH-GRI-10

- Para que una pareja de unión libre cumpla los requisitos de cobertura de la póliza, usted y su pareja de unión libre deben acreditar que cumplen la definición de pareja de unión libre que figura en la póliza. Pareja de unión libre es una persona que: es del mismo sexo o del sexo opuesto y que ha estado viviendo con usted en una residencia única y compartida durante al menos seis meses; mantiene con usted una relación comprometida y personal que es mutuamente interdependiente y tiene la intención de ser para toda la vida; acepta con usted las obligaciones y responsabilidades de las necesidades del otro; no está casada ni separada legalmente de nadie; tiene 18 años o más; es competente para celebrar un contrato; no tiene con usted un parentesco por consanguinidad más próximo que el que impediría el matrimonio en el estado de Georgia; y es su única pareja.
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura:
 - Si decidimos discontinuar el plan o el tipo de cobertura, le entregaremos un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha de cancelación. Se le ofrecerá la opción de contratar cualquier otra cobertura similar que ofrezcamos sin tener en cuenta su estado de salud.
 - Si decidimos discontinuar la cobertura en su estado, le entregaremos un aviso por escrito al menos 180 días antes de la fecha de cancelación
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Hawaii

Formulario: VIS-CH-GRI-51

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a su pareja de hecho. “Pareja de Hecho” significa un adulto que, junto con otro adulto, son parte de una relación de pareja de hecho válida y cumplen con los siguientes requisitos para una relación de pareja de hecho válida: (A) cada una de las partes debe tener al menos dieciocho años de edad; (B) ninguna de las partes debe estar casada, ser parte de otra relación de pareja de hecho, ni ser conviviente civil; (C) las partes deben tener prohibido casarse entre sí bajo el ESTATUTO DE HAWAII MODIFICADO §572; (D) ninguna de las partes en la relación de pareja de hecho ha otorgado su consentimiento bajo coacción, amenaza o fraude; y (F) cada una de las partes firma una declaración de relación de pareja de hecho según lo dispuesto en la sección ESTATUTO DE HAWAII STAT. §572C-5.

Idaho

Formulario: VIS-CH-GRI-11

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos solteros de cualquier edad con una certificación médica de discapacidad o que dependan de usted

Illinois

Formulario: VIS-CH-GRI-12

- Dependiente que cumple los requisitos es su cónyuge legal/pareja de unión libre (cónyuge incluye a su conviviente civil conforme a la legislación de Illinois) y sus hijos naturales y adoptados, incluidos los niños bajo su custodia en régimen de adopción, los niños en acogida y los nietos (si los abuelos han obtenido una orden judicial provisional que les confiere la custodia temporal) menores de 30 años

Indiana

Formulario: VIS-CH-GRI-13

- Los dependientes que cumplen los requisitos son:
 - Su cónyuge legal o pareja de unión libre
 - Sus hijos naturales menores de 26 años de edad
 - Sus hijos adoptivos menores de 26 años de edad, a partir de lo que ocurra primero entre la fecha de colocación con fines de adopción o la fecha de presentación de una orden que le conceda al padre adoptivo la custodia del niño con fines de adopción, salvo que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y el niño sea retirado de la colocación
 - Sus hijastros menores de 26 años de edad
 - Un hijo cuya tutela legal le fue otorgada a usted o a su cónyuge y que sea menor de 26 años
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Iowa

Formulario: VIS-CH-GRI-14

- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Kansas

Formulario: VIS-CH-GRI-15

- En la exclusión relacionada con el seguro de accidentes laborales, si una persona asegurada celebra un acuerdo en el que renuncia a su derecho a recuperar beneficios médicos futuros conforme a una ley o plan de seguros de accidentes laborales, esta exclusión seguirá siendo aplicable. Si la compañía de seguros de accidentes laborales deniega la cobertura del reclamo de accidentes laborales de la persona asegurada, esta exclusión se aplicará igualmente a menos que la denegación se apele ante la agencia gubernamental correspondiente y esta ratifique la denegación.
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si usted presenta un aviso por escrito de la cancelación de la póliza, éste entrará en vigencia una vez que se reciba o en la fecha posterior que especifique

Kentucky

Formulario: VIS-CH-GRI-16

- En la disposición Cambios en las Primas, la tabla de primas no se incrementará en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de emisión o de renovación
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de una persona asegurada, todas las cantidades pagaderas según esta póliza serán como si la prima pagada se hubiese pagado de acuerdo con la edad correcta

Louisiana

Formulario: VIS-CH-GRI-17

- Dependiente que cumple los requisitos es su cónyuge legal/pareja de unión libre y sus hijos naturales y adoptivos (niños acogidos en su hogar tras la ejecución de un acto de entrega voluntaria), hijastros y nietos (bajo custodia legal del abuelo) menores de 26 años
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios. Las tarifas no aumentarán más de una vez en cada período de 6 meses, después del período inicial de 12 meses
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si discontinuamos el plan o el tipo de cobertura, lo enviaremos un aviso por escrito al menos 60 días antes de la discontinuación
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Maine

Formulario: VIS-CH-GRI-18

- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios

Maryland

Formulario: VIS-CH-GRI-P-19

- Existe una exclusión para los servicios prestados como consecuencia de una referencia prohibida de un profesional de cuidado de la salud
- No se aplican las exclusiones de servicios prestados sin costo a una persona asegurada en ausencia de un seguro que cubra el cargo si los presta el Departamento de Salud de Maryland
- La exclusión de los servicios prestados antes de la fecha de vigencia o después de la fecha de cancelación de la póliza está sujeta a una disposición de Extensión de Beneficios
- En la definición de “Dependiente que cumple los requisitos”, sus hijos naturales y adoptivos y los hijastros menores de 26 años deben estar solteros. Además, si usted o su cónyuge tienen un nieto o un hijo bajo tutela testamentaria o designada por un tribunal (que no sea una tutela temporal de menos de 12 meses de duración) o es: soltero; no tiene capacidad de autosostenimiento debido a una incapacidad mental o física antes de que el hijo, nieto o hijo con orden de tutela cumpliera la edad límite; y es menor de 26 años, el nieto o hijo con orden de tutela también se considerará dependiente que cumple los requisitos.
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de una persona asegurada, todas las cantidades pagaderas según esta póliza serán como si la prima pagada se hubiese pagado de acuerdo con la edad correcta. Si, por tal motivo, no hubiéramos emitido la cobertura para dicha persona asegurada, le devolveremos la prima pagada menos las cantidades de los beneficios que hayamos pagado, y la cobertura se anularía a partir de la fecha de vigencia.
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 40 días de anticipación sobre los cambios

Michigan

Formulario: VIS-CH-GRI-21

- No hay diferencias

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Mississippi

Formulario: VIS-CH-GRI-23

- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 75 días de anticipación sobre los cambios
- La disposición sobre Declaración Incorrecta de la Edad se modifica de la siguiente manera: Si se declara la edad incorrecta de la persona asegurada, todas las cantidades pagaderas según esta póliza serán como si la prima pagada se hubiese pagado de acuerdo con la edad correcta

Missouri

Formulario: VIS-CH-GRI-24

- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si cancelamos la cobertura luego de que usted lo solicite, cancelaremos la cobertura en la fecha en que recibamos su solicitud o en una fecha posterior, si así se especifica

Montana

Formulario: VIS-CH-GRI-25

- Los dependientes que cumplen los requisitos son:
 - Su cónyuge o pareja de unión libre y
 - Su hijo natural soltero, hijo adoptivo, hijos acogidos en su domicilio con fines de adopción e hijastros menores de 26 años, siempre que:
 - No sea un empleado que cumpla los requisitos para la cobertura de un plan de salud de grupo ofrecido por el empleador de su hijo para el cual la cantidad de la contribución a la prima no es superior a la prima para la cobertura como dependiente conforme a la póliza;
 - No es suscriptor, persona asegurada, miembro o persona cubierta con la cobertura de ningún otro seguro de salud individual, plan de salud de grupo, plan gubernamental, plan eclesiástico o seguro de salud de grupo; o
 - No tiene derecho a los beneficios previstos en 42 U.S.C. 1395 y siguientes
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 45 días de anticipación sobre los cambios
- La disposición de Cancelación de la Cobertura se modifica de la siguiente manera: Su cobertura se cancelará y no se pagarán los beneficios de la póliza y las cláusulas adicionales una vez que se presente cualquiera de estas situaciones:
 - Al inicio del período para el que no se hayan pagado las primas (sujeto al Período de Gracia), siempre que le hayamos enviado por correo o entregado un aviso de cancelación por escrito no antes de:

- El inicio del período para el que no se hayan pagado las primas en su totalidad si el aviso de cancelación por impago de las primas se envía por correo o se entrega en un plazo no mayor de 15 días después de la fecha de vencimiento de las primas impagadas correspondientes a dicho periodo;
- La fecha de envío por correo o de entrega del aviso de cancelación por impago de las primas si dicho aviso no se envía por correo o se entrega en un plazo no mayor de 15 días después de la fecha de vencimiento de la prima para el período de la póliza;
- Si su modo de pago de la prima es mensual, al final del periodo por el cual se pagó la prima después de que hayamos recibido su solicitud de cancelación;
- Si su modo de pago de la prima no es mensual, al siguiente día a la fecha en que cumpla un nuevo mes después de que hayamos recibido su solicitud de cancelación. Se le reembolsará cualquier prima que pague después de la fecha de cancelación;
- En la fecha en que usted:
 - Realice un acto o práctica que constituya fraude; o
 - Presente una declaración falsa intencionada de un hecho material, que tenga alguna relación con la cobertura proporcionada en virtud de la póliza, incluidos los reclamos de beneficios en virtud de la póliza;
- En la fecha en que decidamos discontinuar este plan o tipo de cobertura. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura;
- En la fecha en que decidamos discontinuar toda la cobertura en su estado. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura; o
- La fecha en que usted fallezca, si se trata de una póliza solo para el asegurado principal

Nebraska

Formulario: VIS-CH-GRI-26

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos recibidos en adopción

Nevada

Formulario: VIS-CH-GRI-27

- En la disposición sobre Cambios en las Primas, podemos modificar la prima con la aprobación de la División de Seguros, siempre que le hayamos enviado un aviso por escrito al menos 60 días antes del cambio

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

New Hampshire

Formulario: VIS-CH-GRI-28

- Los dependientes que cumplen los requisitos incluyen su cónyuge legal/pareja de unión libre y sus hijos por consanguinidad o por ley menores de 26 años
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura:
 - Si la cobertura se cancela por falta de pago de la prima, le concederemos al menos 30 días después de la fecha en que le enviemos por correo el aviso por escrito junto con el motivo de la cancelación
 - Si presenta una solicitud de cancelación de la póliza, ésta entrará en vigencia en la fecha en que recibamos su solicitud
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

New Jersey

Formulario: VIS-CH-GRI-29

- La definición de “Cónyuge” se amplía para incluir al conviviente civil.
- En la disposición de Cancelación, la fecha de discontinuación se aplica a la fecha en que decidamos discontinuar toda la cobertura emitida en el mismo formulario en su estado.

North Carolina

Formulario: VIS-CH-GRI-32

- La exclusión sobre los servicios que se deriven de o se presten durante un empleo asalariado se modifica de la siguiente manera: Los servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional pagada de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina únicamente en la medida en que tales servicios o suministros sean responsabilidad civil del empleado, el empleador, o la compañía de seguros de accidentes laborales conforme a una resolución final de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que autorice un acuerdo de satisfacción de deuda de conformidad con la Ley de Seguro de Accidentes Laborales de North Carolina
- Hijo dependiente que cumple los requisitos significa su hijo natural, adoptivo, hijastro o en acogida:
 - Hijo menor de 26 años; o
 - Hijo mayor de 26 años que no esté en capacidad de trabajar para su autosostenimiento debido a un retraso mental o a una discapacidad física y que dependa principalmente de usted para su sustento y manutención.

Además, si debe proporcionar la cobertura de un seguro a un hijo por una orden judicial o administrativa, dicho hijo se considerará dependiente que cumple los requisitos siempre que cumpla los criterios arriba indicados.

- En la disposición Cambios en las Primas, se garantiza que la tabla de primas de esta póliza no cambiará durante 12 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Después de ello, le enviaremos un aviso con 45 días de anticipación sobre cualquier cambio. Las nuevas tarifas están garantizadas por un período no inferior a 12 meses
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, se realizarán las siguientes modificaciones:
 - Si cancelamos su cobertura debido a la declaración falsa intencionada de hechos materiales, esta cancelación debe efectuarse en un plazo no mayor de 2 años a partir de la fecha de vigencia de la cobertura
 - Si cancelamos su cobertura en la fecha en que decidimos discontinuar el plan o el tipo de cobertura, le avisaremos con 180 días de anticipación en caso de que cancelemos el plan
 - Si cancelamos su cobertura en la fecha en que decidimos discontinuar toda cobertura en su estado, le avisaremos con 180 días de anticipación en caso de que cancelemos el plan
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

North Dakota

Formulario: VIS-CH-GRI-33

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los dependientes de dependientes cubiertos

Ohio

Formulario: VIS-CH-GRI-P-34

- Los dependientes que cumplen los requisitos son su cónyuge/pareja de unión libre y sus hijos naturales o adoptivos, o entregados en adopción, hijastros e hijos a los que deba prestar manutención de salud de conformidad con una orden judicial y que sean menores de 28 años
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si cancelamos la cobertura luego de que usted lo solicite, cancelaremos la cobertura en la fecha en que recibamos su solicitud o en una fecha posterior, si así se especifica

Oklahoma

Formulario: VIS-CH-GRI-35

- No hay diferencias

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Pennsylvania

Formulario: VIS-CH-GRI-37

- No hay diferencias

South Carolina

Formulario: VIS-CH-GRI-39

- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

South Dakota

Formulario: VIS-CH-GRI-40

- La exclusión por los servicios prestados por un familiar inmediato no se aplica si es el único proveedor en un rango de 50 millas y actúa dentro del alcance de su licencia

Tennessee

Formulario: VIS-CH-GRI-41

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos que dependan principalmente de usted para su sustento y manutención, así como a los hijos menores de 26 años cuya cobertura haya sido ordenada por un tribunal o una autoridad administrativa
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si discontinuamos el plan, el tipo de cobertura o la cobertura en su estado, le avisaremos al menos 30 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura

Texas

Formulario: VIS-CH-GRI-42

- No se aplica la exclusión por los servicios que preste un familiar inmediato o una persona que resida habitualmente con una persona asegurada
- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir: sus hijos o los de su cónyuge por los cuales usted o su cónyuge sean parte en un pleito de adopción; los hijos para los que deba proporcionar manutención de salud o dental de conformidad con una orden judicial; sus nietos que dependan de usted a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de la solicitud y que sean menores de 26 años; y las personas dependientes mayores de 26 años que no estén en capacidad de trabajar para su autosostenimiento debido a un retraso mental o a una discapacidad física y que dependan principalmente de usted para su sustento y manutención

Utah

Formulario: VIS-CH-GRI-43

- Las exclusiones que se deban a que la persona asegurada participó en disturbios o cometió o intentó cometer un delito grave sólo se aplican si dichas acciones son voluntarias
- La exclusión de cirugía reconstructiva no se aplica cuando dicho servicio sea secundario o posterior a la cirugía resultante de un traumatismo, infección o enfermedades de la parte involucrada o cirugía reconstructiva debido a enfermedad congénita o anomalía de un niño dependiente cubierto que ha derivado en un defecto funcional
- No se aplican las exclusiones relativas a malformaciones congénitas y anomalías congénitas
- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos recibidos en adopción o adoptados legalmente, los niños en acogida y los niños para los que un progenitor deba proporcionar cobertura dental por orden judicial o administrativa
- En la disposición Cambios en las Primas, le enviaremos un aviso por escrito al menos 45 días antes de la fecha de renovación en la que entrarán en vigencia las nuevas tarifas
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Vermont

Formulario: VIS-CH-GRI-44

- La definición de “Cónyuge” se amplía para incluir al conviviente civil establecido conforme a las leyes de Vermont
- En la disposición de Cancelación de la Póliza, la cancelación relacionada con el fraude se basa en la fecha en que usted realiza un acto o práctica que da lugar a una condena por fraude
- Existe un plazo de 30 días para ejercer el derecho de examen

Diferencias entre Estados continúa

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Virginia

Formulario: VIS-CH-GRI-45

- No se aplica la Exclusión de ningún examen de la vista o anteojos correctivos, requerida por un empleador como condición de empleo
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura, si cancelamos la cobertura luego de que usted lo solicite, cancelaremos la cobertura en la fecha en que recibamos su solicitud o en una fecha posterior, si así se especifica.
- En la disposición de Cancelación de la Cobertura “En la fecha en que usted: realice un acto o práctica que constituya fraude; o presente una declaración falsa intencionada de un hecho material, que tenga alguna relación con la cobertura proporcionada en virtud de la póliza, incluidos los reclamos de beneficios en virtud de la póliza” se reemplaza por “La persona cubierta presenta una declaración falsa material, o tiene conocimiento de este acto ilegal, en la solicitud de esta póliza.”

Esta póliza no contiene beneficios integrales de bienestar para adultos según lo estipulado en la ley de Wyoming

West Virginia

Formulario: VIS-CH-GRI

- No hay diferencias.

Wisconsin

Formulario: VIS-CH-GRI-48

- El Resumen de la Cobertura para este estado, VIS-CH-OC-GRI-48, puede consultarse en <https://stage.uhone.com/api/supplysystem/?Filename=50340OCWI-G202401.pdf>
- Hijo dependiente que cumple los requisitos incluye a un hijo dependiente suyo o de su cónyuge/pareja de unión libre, mientras ese hijo dependiente sea menor de 18 años
- En la disposición de Cambios en las Primas, le entregaremos un aviso con por lo menos 60 días de anticipación sobre los cambios

Wyoming

Formulario: VIS-CH-GRI-49

- La definición de “Dependiente que cumple los requisitos” se amplía para incluir a los hijos de un padre no custodio, o de un padre que comparta la custodia o el control temporal en virtud de una orden judicial

Nota para nuestros clientes sobre el seguro suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud o de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros
- Este plan ofrece una cobertura opcional por una prima adicional. Su objetivo es complementar su seguro de salud y proporcionarle beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Avisos de prácticas de privacidad de los planes de salud

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información.

CONSÚLTELO AQUÍ. Léalo con mucha atención.

(<https://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-EN.pdf>)

Condiciones previas a la cobertura (aplicables con o sin el recibo condicional)

El seguro entrará en vigencia con las limitaciones que se muestran más adelante, si se cumplen estas condiciones:

1. La solicitud está llena en su totalidad y Golden Rule Insurance Company la acepta y aprueba sin condiciones
2. La primera prima completa, según el modo de pago seleccionado, se pagó en la fecha de vigencia o antes, y cualquier cheque es aceptado la primera vez que se presentó para su cobro
3. La póliza: (a) es emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicita dentro de los 45 días a partir de la fecha de la solicitud; (b) se entrega a la posible persona asegurada; y (c) es aceptada por la posible persona asegurada

Después de completar la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se registró correctamente. Guarde una copia electrónica de este documento. Contiene información importante.