

## plan enhancer

Cobertura para ayudarte a pagar los gastos de bolsillo después de un accidente, una enfermedad crítica o una hospitalización.



# crea un plan mejor para gastos médicos inesperados



La vida puede ser impredecible. Y cuando se trata de nuestra salud, es importante tener el plan adecuado para tener cobertura financiera si ocurre lo imprevisible.

Con el plan Enhancer de Allstate Health Solutions, diseñas un plan asequible y adecuado para ti y tu familia. Puedes añadir niveles de cobertura para ayudarte a estar protegido/a de los gastos de bolsillo que suelen ocasionar las lesiones accidentales, enfermedades y hospitalizaciones.<sup>1</sup>

El plan Enhancer comienza con la cobertura de Gastos Médicos por Accidente. Luego, puedes añadir cláusulas adicionales de Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular<sup>2</sup> y de Hospitalización por Enfermedad<sup>3</sup> en función de tus necesidades y de la disponibilidad en tu estado.

Si sucede lo inesperado, el plan te paga beneficios en efectivo, independientemente de otra cobertura médica. Para que puedas cubrir lo que necesites, cuando más lo necesites.

## Cobertura que se ajusta a tus necesidades y tu presupuesto

con niveles de beneficios desde \$2,500 hasta \$17,500.

- Comienza tu plan con la cobertura de Gastos Médicos por Accidente para pagar los costos de atención médica relacionados con el accidente y otros gastos.
- Añade una cláusula adicional de Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular para recibir beneficios en efectivo de pago único en caso de primer diagnóstico de cáncer y de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular cubiertos.
- Añade una cláusula adicional de Hospitalización por Enfermedad para recibir beneficios de pago único el primer día cubierto de ingreso hospitalario por enfermedad.

### Los beneficios aumentan cada año de tu plan

	Año 1	Año 2	Año 3 en adelante
Desaparición del deducible	\$250	\$150	\$0
Aumento de beneficios de ambulancia terrestre	\$300	\$600	\$900
Aumento del beneficio por equipos médicos duraderos	\$100	\$150	\$200

Este plan proporciona beneficios limitados.

<sup>1</sup> Se aplican restricciones: Algunas combinaciones de planes no están disponibles con todas las opciones de niveles de beneficios. Comunícate con tu agente para conocer la disponibilidad. <sup>2</sup> No están cubiertos los infartos de miocardio sin elevación del segmento ST (NSTEMI, por sus siglas en inglés). <sup>3</sup> Las cláusulas adicionales de Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular y de Hospitalización por Enfermedad no pueden adquirirse por separado.



## Gastos Médicos por Accidente

- Paga los gastos cubiertos hasta el monto del beneficio seleccionado, independientemente de otra cobertura.
- Límites de tratamiento específico en ambulancia terrestre, medicina física y equipo médico duradero, con beneficios que aumentan en los años 2 y 3.
- Incluye beneficios por fallecimiento y desmembramiento accidentales.
- Admisión garantizada.
- Año 1: deducible de \$250.  
Año 2: deducible de \$150.  
Año 3: deducible de \$0.
- Sin restricciones de red.
- Sin períodos de espera.
- Los solicitantes deben ser menores de 64 años.
- El plan de Gastos Médicos por Accidente puede adquirirse por separado.

## Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular

- Paga el beneficio total independientemente de otra cobertura.
- El porcentaje del pago del beneficio varía en función de la afección cubierta.<sup>4</sup>
- Se aplican períodos de espera (90 días en caso de cáncer y 30 días en caso de ataque cardíaco/accidente cerebrovascular).<sup>5</sup>
- Se aplica la limitación de afecciones preexistentes.
- Cobertura disponible para las edades comprendidas entre 18 y 64 años.
- No tienes que responder a preguntas sobre tu salud; tu cobertura está garantizada.

## Hospitalización por Enfermedad

- Sin deducible.
- Paga el beneficio total independientemente de otra cobertura.
- Sin restricciones de red.
- Beneficio de pago único desde el primer día cubierto de ingreso hospitalario.<sup>6</sup>
- Un beneficio al año por persona y dos beneficios al año por familia.
- Período de espera de 30 días.
- Se aplica la limitación de afecciones preexistentes.
- Cobertura disponible para las edades comprendidas entre 18 y 64 años.
- Los solicitantes deben responder preguntas de salud para ser elegibles.

La disponibilidad y los beneficios varían según el estado.

<sup>4</sup> En la página 4 se indican los porcentajes de beneficios específicos de cada afección y los períodos de espera específicos de cada estado.

<sup>5</sup> En AL, el período de espera es de 60 días en caso de cáncer y de 30 días en caso de ataque cardíaco/accidente cerebrovascular. El período de espera es de 30 días en caso de cáncer y de 30 días en caso de ataque cardíaco/accidente cerebrovascular en AR, DE, IL, NC, SC, UT, WV y WY.

<sup>6</sup> La hospitalización debe superar las 24 horas para tener derecho a un beneficio pagadero.

# limitaciones y exclusiones



## Gastos Médicos por Accidente

La presente Póliza no paga ningún beneficio por reclamos derivados de o relacionados con una Enfermedad, salvo cuando dicha Enfermedad sea consecuencia directa de una Lesión Accidental o de un Desmembramiento Accidental cubiertos por la presente Póliza.

No pagaremos beneficios por cargos derivados, directa o indirectamente, de cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sucesos, tratamientos, servicios o suministros médicos por los que se reciban beneficios iguales o superiores a tales cargos en virtud de cualquier Otro Beneficio.
- Cargos que superen el Monto Máximo Permitido.
- Tratamientos, servicios o suministros que:
  - » No estén incluidos en la definición de Tratamiento Cubierto.
  - » Resulten de complicaciones de un servicio no cubierto.
  - » Se produzcan antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Persona Cubierta o después de la fecha de finalización de la cobertura.
- Tratamiento dental, excepto que esté cubierto por una Lesión Dental.
- Tendinitis, tenosinovitis, bursitis, sobrecarga, desgarros musculares, movimientos repetitivos o estrés, traumas repetitivos o acumulativos, incluidos, entre otros, el síndrome del túnel carpiano, el codo de tenista y el síndrome del opérculo torácico.
- Hernia o agotamiento por calor.
- Tratamiento de trastornos mentales o emocionales, alcoholismo, abuso de sustancias y drogadicción, ya sean de origen orgánico o no orgánico, químico o no químico, biológico o no biológico e independientemente de la causa, fundamento o inducción, incluidos, entre otros, los fármacos y medicamentos para el tratamiento hospitalario o ambulatorio de dichos trastornos o abusos.
- Servicio de estética; tratamiento que no sea médicamente necesario; tratamiento, servicios y suministros para Servicios Experimentales o de Investigación.
- Tratamiento, servicios y suministros proporcionados por o para:
  - » Masajistas o masoterapeutas, rolferos; masoterapia;
  - » Meditación o terapia de relajación; aromaterapia; terapias holísticas.
  - » Acupuntura, biorretroalimentación, neuroterapia y estimulación eléctrica.
- Servicios solicitados, indicados o prestados por un Profesional de la Salud o suministros adquiridos a un proveedor de suministros médicos que sea una Persona Cubierta, un Familiar Directo, el empleador de una Persona Cubierta o una persona que resida habitualmente con una Persona Cubierta.

- Cualquier monto que supere el Beneficio Máximo de Por Vida o cualquier otra Limitación de Beneficio Máximo para beneficios cubiertos.
- Tratamiento realizado fuera de Estados Unidos, sus territorios o Canadá.
- Todos los productos, fármacos o medicamentos con o sin receta.

No pagaremos beneficios por Lesión por Accidente, Desmembramiento por Accidente o Fallecimiento por Accidente derivados de o relacionados con, directa o indirectamente, cualquiera de las siguientes situaciones:

- Un Accidente ocurrido antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Persona Cubierta o después de la fecha de finalización de la cobertura.
- Participación en el servicio militar de cualquier país u organización internacional, incluidas las unidades no militares de apoyo a tales fuerzas.
- Beneficios que superen cualquier Límite Máximo de Beneficio y Límite Máximo de Beneficio por Fallecimiento y Desmembramiento Accidentales aplicables.
- Guerra o cualquier acto de guerra, declarados o no; actos de terrorismo extranjeros o nacionales.
- Ingesta, absorción o inhalación voluntaria de cualquier gas, veneno o droga, excepto cuando se administre por consejo del Profesional de la Salud de la Persona Cubierta.
- Consumo voluntario de alcohol o de cualquier sustancia controlada, tal y como se define por ley, excepto cuando se administre por consejo del Profesional de la Salud de la Persona Cubierta, incluidos los Accidentes ocurridos mientras la Persona Cubierta se encuentre bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- El intento voluntario por parte de la Persona Cubierta de cometer o participar en una agresión o comisión de un delito grave, con o sin cargos, de resistirse o huir de un arresto o como consecuencia de que la Persona Cubierta se encuentre bajo los efectos de cualquier sustancia ilegal o controlada no recetada.
- Cualquier actividad peligrosa que incluya, pero no se limite a: Participar, instruir, demostrar, guiar o acompañar a otras personas en saltos en paracaídas, ala delta, puenting, viajes aéreos o espaciales en cualquier vehículo que no sea un vuelo regular programado por una compañía aérea, carreras de cualquier vehículo motorizado o no

# limitaciones y exclusiones

motorizado, incluido un equipo de boxeo, escalada en roca o montaña, montañismo, espeleísmo y exploración de cuevas, parkour, deportes interuniversitarios y deportes extremos. También están excluidos el tratamiento y los servicios necesarios debido a una Lesión Accidental sufrida durante la práctica, el ejercicio, el acondicionamiento o la preparación física para cualquiera de dichas actividades.

- Cualquier profesión peligrosa u otra actividad por la que se reciba una compensación en cualquier forma, incluido el patrocinio, como, por ejemplo, pero sin limitarse a: Conducir un taxi o prestar un servicio de reparto; participar, instruir, demostrar, guiar o acompañar a otras personas en actividades de esquí, equitación, rodeo, deportes profesionales o semiprofesionales, competiciones deportivas para adultos a nivel nacional o internacional y deportes extremos. También están excluidos el tratamiento y los servicios necesarios debido a una Lesión Accidental sufrida durante la práctica, el ejercicio, el acondicionamiento o la preparación física para cualquiera de dichas actividades remuneradas.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Lesión autoinfligida intencionalmente.

## Cláusula adicional de Cáncer y Ataque Cardíaco/ Accidente Cerebrovascular

### Definición de afección preexistente

Una enfermedad específica:

1. Para la que se solicitó, recibió o recomendó consejo médico, consulta, atención o tratamiento por parte de un proveedor o se recetaron medicamentos con receta durante el período de 24 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta, independientemente de si la enfermedad se diagnosticó, se diagnosticó erróneamente o no se diagnosticó; o bien
2. Que haya presentado signos o síntomas durante el período de 24 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta, que fueran lo suficientemente significativos como para determinar su manifestación o aparición mediante una de las siguientes pruebas:
  - » Los signos o síntomas deberían haber permitido o habrían permitido razonablemente a una persona experta en medicina diagnosticar la afección médica; o bien
  - » Los signos o síntomas deberían haber provocado o habrían provocado razonablemente que una persona normalmente prudente buscara obtener un diagnóstico o tratamiento

### Limitación de afecciones preexistentes

Una afección preexistente no es elegible para recibir beneficios a menos que el primer diagnóstico se produzca una vez finalizado el período de Limitación de Afecciones Preexistentes. No pagaremos beneficios por enfermedades específicas que sean, deriven o estén relacionadas con una afección preexistente diagnosticada durante los primeros 12 meses de entrada en vigor de esta cláusula adicional.

### Exclusiones

Esta Cláusula Adicional solo proporciona beneficios para Enfermedades Específicas identificadas en el Programa de Beneficios.

No pagaremos beneficios por reclamos derivados, directa o indirectamente, de Enfermedades Específicas que estén relacionadas con, o sean consecuencia de, lo siguiente:

- Cualquier enfermedad si la Persona Cubierta fue Diagnosticada en cualquier momento previo a la Fecha de Entrada en Vigor de esta Cláusula Adicional.
- Cualquier enfermedad Diagnosticada por primera vez dentro del Período de Espera del Beneficio aplicable, según se indica en el Programa de Beneficios, inmediatamente posterior a la Fecha de Entrada en Vigor de la Cláusula Adicional.
- Cualquier enfermedad Diagnosticada por primera vez dentro de la Limitación de Afecciones Preexistentes.
- Arritmia causante de un Ataque Cardíaco que ocurra en asociación con el uso de una droga ilegal o sustancia controlada, excepto cuando se administre por consejo del Profesional de la Salud de la Persona Cubierta.
- Cualquier monto que supere el Beneficio Máximo para los Beneficios Programados cubiertos.
- Enfermedades o afecciones que no se ajusten a la definición de Enfermedad Específica en la presente Cláusula Adicional.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Enfermedad autoinfligida.
- La sección Exclusiones de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos por Accidente no es aplicable a los beneficios de Enfermedad Específica de la presente Cláusula Adicional.



# limitaciones y exclusiones



## Cláusula adicional de Hospitalización por Enfermedad

### Definición de afección preexistente

Una enfermedad y sus complicaciones:

1. Para la que se solicitó, recibió o recomendó consejo médico, consulta, diagnóstico, atención o tratamiento por parte de un proveedor o se recetaron medicamentos con receta durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta, independientemente de si la condición médica se diagnosticó, se diagnosticó erróneamente o no se diagnosticó; o bien
2. Que haya presentado signos o síntomas durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta, que fueran lo suficientemente significativos como para determinar su manifestación o aparición mediante una de las siguientes pruebas:
  - » Los signos o síntomas deberían haber permitido o habrían permitido razonablemente a una persona experta en medicina diagnosticar la afección médica; o bien
  - » Los signos o síntomas deberían haber provocado o habrían provocado razonablemente que una persona normalmente prudente buscara obtener un diagnóstico o tratamiento

Un embarazo que exista el día anterior a la fecha de entrada en vigor de la persona cubierta se considerará una afección preexistente.

### Limitación de afecciones preexistentes

No pagaremos beneficios por hospitalizaciones que deriven o estén relacionadas con una afección preexistente, o sus complicaciones, hasta que la persona cubierta haya estado asegurada de forma continuada bajo esta cláusula adicional durante 12 meses. Después de este periodo, estarán disponibles los beneficios para las hospitalizaciones que deriven o estén relacionadas con una afección preexistente, o sus complicaciones, siempre que la hospitalización cubierta ocurra mientras esté en vigor esta cláusula adicional.

### Exclusiones

Esta Cláusula Adicional solo proporciona beneficios para las Hospitalizaciones identificadas en la sección Beneficios de Indemnización Fija por Hospitalización.

No pagaremos beneficios por reclamos derivados, directa o indirectamente, de hospitalizaciones o pérdidas relacionadas con, o sean consecuencia de, lo siguiente:

- Cualquier tratamiento o servicios de Salud Conductual o Abuso de Sustancias.

- Cualquier tratamiento o servicio, ya sea médico o quirúrgico, con el fin de controlar el peso de la Persona Cubierta o relacionado con la obesidad o la obesidad mórbida, independientemente de que la reducción de peso sea Medicamente Necesaria o apropiada o independientemente de los beneficios potenciales para afecciones comórbidas; cirugía, tratamiento o programas de reducción o control de peso; cualquier tipo de cirugía de bypass gástrico; liposucción.
- Contractura capsular, mamoplastia de aumento o reducción, excepto para todas las etapas y revisiones de reconstrucción de la mama después de una mastectomía Medicamente Necesaria por el tratamiento del cáncer, incluida la reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica y el tratamiento de linfedemas.
- Hospitalización o tratamiento ambulatorio en una Sala de Emergencias o en un centro que no sea un Hospital.
- Hospitalización o tratamiento ambulatorio principalmente para rehabilitación o Asistencia Custodial.
- Tratamientos, servicios o cirugía de carácter profiláctico, incluidos, pero no limitados a, la mastectomía profiláctica o cualquier otro tratamiento, servicio o cirugía realizada para prevenir que un proceso de enfermedad se manifieste en el órgano o tejido en una fecha posterior.
- Tratamientos o servicios relacionados con las siguientes condiciones, independientemente de las causas subyacentes: transformación del sexo; trastorno disfórico de género; reasignación de sexo; tratamiento de la función, disfunción o insuficiencia sexuales; tratamiento para aumentar, restaurar o mejorar la energía, el rendimiento o el deseo sexuales.
- Tratamientos o servicios relacionados con: infertilidad; maternidad; embarazo (incluidas las complicaciones del embarazo); cuidados de rutina del recién nacido en el parto, incluidos los cuidados en la sala de cuidados neonatales; aborto; gestación subrogada; cirugía, tratamiento o servicios fetales.
- Hospitalizaciones solicitadas o indicadas por un Profesional o proveedor de la Salud que sea una Persona Cubierta, un Familiar Directo, el empleador de una Persona Cubierta o una persona que resida habitualmente con una Persona Cubierta.
- Hospitalización que no cumple con la definición de Hospitalización Cubierta en la presente Cláusula Adicional, incluidas, entre otras, la Hospitalización que no es Medicamente Necesaria o lo es para Servicios Experimentales o de Investigación.

# limitaciones y exclusiones

- Guerra o cualquier acto de guerra, declarados o no; actos de terrorismo nacionales o extranjeros que provoquen una epidemia nacional; participación en el servicio militar de cualquier país u organización internacional incluidas las unidades no militares de apoyo a tales fuerzas.
- Servicios de estética, incluidos, entre otros, la cirugía reconstructiva o plástica que no alivie un déficit funcional.
- Consumo voluntario de alcohol o de cualquier sustancia controlada, tal y como se define por ley, excepto cuando se administre por consejo del Profesional de la Salud de la Persona Cubierta; el ingerir, absorber o inhalar voluntariamente cualquier gas, veneno o droga, excepto cuando se administre por consejo del Profesional de la Salud de la Persona Cubierta.
- Cualquier monto que supere los Beneficios Máximos por Año Natural indicados en el Programa de Beneficios.
- Hospitalizaciones fuera de Estados Unidos, sus territorios o Canadá.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Enfermedad autoinfligida.
- Una hospitalización cuando el Período de Internación comenzó antes de la Fecha de Entrada en Vigor de la Persona Cubierta, después de la fecha de finalización de la cobertura o durante el Período de Espera del Beneficio.
- Una Hospitalización cuando el Período de Internación comienza durante la Limitación de Afección Preexistente.
- Una Hospitalización derivada, directa o indirectamente, de un Accidente.

La sección Exclusiones de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos por Accidente no es aplicable a los beneficios de Hospitalización por Enfermedad de la presente Cláusula Adicional.

Este folleto proporciona un resumen de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones. En algunos estados, el agente o la aseguradora pueden facilitarte un resumen de la cobertura. Por favor, consulta el resumen de la cobertura para obtener una descripción de las opciones importantes del plan de beneficios de salud. Por favor, lee atentamente los documentos de cobertura para conocer la lista completa de beneficios, limitaciones y exclusiones. Los beneficios varían según el estado.

La cobertura es renovable hasta los 75 años para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente y hasta los 65 años para la cláusula adicional de Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente

Cerebrovascular y la cláusula adicional de Hospitalización por Enfermedad siempre que: se cumplan las disposiciones del plan, incluidos los requisitos de elegibilidad de los dependientes; no se hayan interrumpido el plan ni las operaciones comerciales de Allstate Health Solutions en el estado; y/o la persona asegurada no se haya trasladado a un estado donde no se ofrezca este plan. Allstate Health Solutions tiene el derecho de cambiar las tarifas de las primas previa notificación correspondiente.

Los planes de cobertura complementaria proporcionan beneficios limitados y no cumplen los requisitos gubernamentales de cobertura esencial mínima.

Este no es un plan de seguros complementario de Medicare.

La cláusula adicional de Cláusula adicional de Cáncer y Ataque Cardíaco/Accidente Cerebrovascular no está disponible en IA.

La cláusula adicional de Hospitalización por Enfermedad no está disponible en: MT.



**Allstate**<sup>®</sup>  
**HEALTH SOLUTIONS**

## acerca de

Allstate Corporation (NYSE: ALL) es una de las mayores aseguradoras públicas de líneas personales de Estados Unidos. Como parte de Allstate Corporation, Allstate Health Solutions se centra en ofrecer opciones de cobertura complementaria y a corto plazo a particulares y asociaciones. Allstate Health Solutions es el nombre comercial de los productos suscritos por la National Health Insurance Company, la Integon National Insurance Company, la Integon Indemnity Corporation y la American Heritage Life Insurance Company. Estas cuatro empresas, juntas, están autorizadas a proporcionar seguros médicos en los 50 estados y el Distrito de Columbia. Cada compañía aseguradora es responsable de sus respectivos productos. National Health Insurance Company suscribe pólizas en AK, AL, AR, AZ, CA, CO, DC, DE, GA, IA, IL, IN, KS, LA, ME, MI, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NV, OH, OK, OR, SC, TN, TX, UT, VA, WI, WV y WY. Los productos en FL están suscritos por Integon Indemnity Corporation.



[allstatehealth.com](https://www.allstatehealth.com)

Este documento proporciona información resumida. Para obtener una lista completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones, por favor, consulta la póliza de Seguro. En caso de existir discrepancias con la información en este documento, regirán los términos y condiciones de los documentos de la cobertura.

Para usar en: AK, AL, AR, AZ, DE, FL, IA, IL, IN, LA, ME, MO, MS, MT, NC, ND, NE, NV, OH, OK, OR, SC, TX, UT, WI, WV, WY  
AHS\_PE\_1056 (Rev. 09/21/2022) © 2022 Allstate Insurance Company. [www.allstate.com](https://www.allstate.com) o [www.allstatehealth.com](https://www.allstatehealth.com).