



Distribuido por: Subsidiarias operativas de Cigna Corporation. Los beneficios del seguro son asegurados por Cigna Health and Life Insurance Company.

Pagado por el empleado

## COBERTURA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Preparado para: Stanley Black & Decker, Inc.

La cobertura de Atención hospitalaria brinda un beneficio conforme al programa incluido a continuación cuando una Persona cubierta incurre en una estadía en el Hospital a causa de una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. Vea a continuación las variaciones según el estado (marcadas con un \*).

#### Quién puede elegir cobertura:

La elegibilidad para usted, su cónyuge y sus hijos será considerada por su empleador.

**Usted:** Todos los Empleados activos, no sindicalizados y del sindicato 252 y 1009, que trabajen regularmente un mínimo de 20 horas a la semana, que vivan y trabajen en los Estados Unidos, y su Cónyuge e Hijos dependientes que residan en los Estados Unidos.

Usted podrá recibir cobertura el primer día del mes después de la fecha de contratación o de servicio activo.

**Su cónyuge:\*** Hasta los 100 años, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

**Su(s) hijo(s):** Desde el nacimiento hasta los 26 años, o más de 26 años si es un hijo discapacitado, siempre que usted lo solicite y que la cobertura para usted sea aprobada.

#### Cobertura disponible:

Las cantidades de beneficio indicadas en este resumen se pagarán independientemente de los gastos reales incurridos y se pagan por día a menos que se especifique lo contrario. Los beneficios se pagarán únicamente cuando se cumplan todos los términos y condiciones de la póliza. Lea toda la información incluida en este resumen para comprender los términos, las condiciones, las variaciones según el estado, las exclusiones y las limitaciones aplicables a estos beneficios. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.

**Período de espera de beneficios:\*** Ninguno, a menos que se indique lo contrario. No se pagarán beneficios por una pérdida que se produzca durante el Período de espera de beneficios.

NOTA: Este seguro NO reemplaza la cobertura de un seguro de salud integral o para grandes gastos médicos.

Beneficios de hospitalización	Plan
<b>Admisión hospitalaria (dentro o fuera de una ICU)</b> Sin período de espera. Límite de 1 día, 1 beneficio cada 365 días.	\$1,000
<b>Estadía hospitalaria</b> Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 365 días.	\$100
<b>Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital</b> Sin período de espera. Límite de 30 días, 1 beneficio cada 365 días.	\$100
<b>Estadía en el Hospital para observación</b> Período de espera de 24 horas. Límite de 72 horas.	\$100 por período de 24 horas
Beneficios adicionales	Plan
<b>Beneficio de incentivo por tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección y atención preventiva.</b> <i>También incluye la vacuna contra COVID-19.</i> <i>Atención virtual aceptada.</i>	\$50, límite de 1 por año.

**Característica de portabilidad:\*** Usted, su cónyuge e hijo(s) pueden conservar el 100% de su cobertura cuando finalice la cobertura. Deben haber estado cubiertos por la póliza y deben tener menos de 100 años para poder conservar su cobertura. Las tarifas pueden cambiar y la totalidad de la cobertura finaliza a los 100 años. Se aplica a los ciudadanos y extranjeros residentes permanentes de los Estados Unidos que residan en los Estados Unidos.

## Costo bimensual de la cobertura del empleado:

Nivel	Plan
Empleado únicamente	\$5.70
Empleado y cónyuge	\$13.53
Empleado e hijo(s)	\$10.97
Empleado y grupo familiar	\$18.80

Los costos están sujetos a cambio. Las primas que deban pagarse realmente por período de pago pueden diferir ligeramente debido al redondeo.

**NOTA: A continuación, se detallan algunos de los términos, disposiciones y condiciones importantes de la póliza que se aplican a los beneficios descritos en la póliza. No es una lista completa. Consulte su Certificado del seguro para obtener más información.**

**Cantidades de beneficio pagaderas:** Los beneficios para todas las Personas cubiertas son pagaderos al 100% de las Cantidades de beneficio detalladas, a menos que se indique lo contrario. Quienes soliciten la cobertura de forma tardía, si este plan lo permite, quizás deban proporcionar evidencia médica de asegurabilidad.

### Condiciones, exclusiones y limitaciones específicas para determinados beneficios (atención hospitalaria):

**Admisión hospitalaria:** Debe ser admitido como Paciente internado debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta. No incluye: el tratamiento en una sala de emergencias, proporcionado en consulta externa, o para la readmisión por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta (incluidas afecciones crónicas).

**Estadía en el Hospital:** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en el Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en la ICU, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadias en el Hospital dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en el Hospital.

**Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU):** Debe ser admitido como Paciente internado y confinado en la ICU de un Hospital, debido a una Lesión cubierta o una Enfermedad cubierta, bajo la supervisión y atención de un médico. Si también cumple los requisitos para el Beneficio de estadía en el Hospital, se pagará 1 solo beneficio por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta, el que sea mayor. Las estadias en una ICU dentro de un período de 90 días por la misma Lesión cubierta o Enfermedad cubierta o una Lesión o Enfermedad relacionada se considerarán una sola estadía en la ICU.

**Estadía en el Hospital para observación:** Debe estar recibiendo tratamiento para una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta en un Hospital, lo que incluye una sala de observación, o un centro quirúrgico ambulatorio, durante más de 24 horas, como paciente no internado y debe incurrir en un cargo. Este beneficio no es pagadero si se paga un beneficio en virtud del Beneficio de estadía en el Hospital o el Beneficio de estadía en la Unidad de cuidados intensivos de un Hospital.

### Exclusiones y limitaciones comunes:

**Exclusiones y limitaciones comunes:** Exclusiones:\* Además de cualquier exclusión específica para determinados beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna Lesión cubierta o Enfermedad cubierta causada por cualquiera de los siguientes supuestos (a menos que se indique lo contrario en la póliza): • lesión autoinfligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de ambos, estando o no en sano juicio; • comisión o intento de comisión de un delito grave o una agresión; • guerra o acto bélico, declarado o no; • una Lesión cubierta o Enfermedad cubierta que se produzca durante la participación en las actividades de servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional. Cuando recibamos un comprobante de servicio, reembolsaremos cualquier prima pagada por este período. El entrenamiento en servicio activo de la Reserva o Guardia Nacional no está excluido, a menos que se extienda por más de 31 días; • el consumo voluntario de cualquier narcótico, droga, veneno o gases, a menos que sea recetado por un Médico o que se tome según sus instrucciones y de acuerdo con la dosis indicada (no incluye a los residentes de WA); • la operación de cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, narcótico u otro estupefaciente, incluido cualquier medicamento recetado por el cual la Persona cubierta ha recibido una advertencia por escrito en cuanto a la restricción de operar un vehículo mientras toma dicho medicamento. A efectos de esta exclusión, "bajo los efectos del alcohol" significa en estado de intoxicación, según lo definido por la ley del estado en el que ocurrió la Lesión cubierta o Enfermedad cubierta. (no incluye a los residentes de WA); • Cirugía estética u opcional. Esto no incluye la cirugía estética reconstructiva: a) relacionada con una cirugía por traumatismo, infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada; o b) a causa de una enfermedad o anomalía congénita de un Hijo dependiente cubierto que ha dado origen a un defecto funcional; • cirugía dental, a menos que la cirugía sea resultado de una lesión accidental. Además, no se pagarán beneficios por servicios o tratamientos proporcionados por un Médico, una Enfermera o cualquier otra persona que esté empleada o contratada por el Suscriptor o que esté prestando servicios homeopáticos, de aromaterapia o de terapia a base de hierbas, que viva en el hogar de la Persona cubierta o sea uno de los padres, hermanos o hijos de la Persona cubierta, o su cónyuge.

## Definiciones importantes:

**Enfermedad cubierta:** Una enfermedad o trastorno físico o mental, lo que incluye el embarazo y las complicaciones del embarazo, que provoca una pérdida cubierta. Una Enfermedad cubierta incluye la cuarentena médicamente necesaria en un Hospital junto con el tratamiento preventivo médicamente necesario debido a una exposición identificable a una enfermedad contagiosa e infecciosa que pone en peligro la vida.

**Lesión cubierta:** Cualquier daño físico que provoque una pérdida cubierta.

**Persona cubierta:** Una persona que cumple con los requisitos, según lo definido en el Programa de beneficios, que está inscrita y para quien hemos aceptado una Evidencia de asegurabilidad y se ha pagado la prima requerida a su vencimiento, y para quien la cobertura en virtud de esta Póliza continúa en vigor.

**Período de espera:** El período continuo de tiempo que debe esperarse antes de que sea pagadero un beneficio detallado en el Programa de beneficios. Es posible que deba respetarse un Período de espera durante el Período de espera de beneficios de la póliza.

**Hospital:**\* Una institución que tiene licencia para funcionar como hospital conforme a la ley aplicable; que tiene como actividad principal y continua la prestación de atención y tratamiento médico a las personas enfermas y lesionadas; administrada bajo la supervisión de un equipo de médicos; que proporciona servicios de enfermería las 24 horas a cargo de un enfermero titulado (R.N., por sus siglas en inglés) o bajo su supervisión; y que cuenta con instalaciones médicas, de diagnóstico y tratamiento, con importantes instalaciones quirúrgicas en su edificio, o disponibles mediante la realización de arreglos previos. El término Hospital no incluye una clínica, instalaciones o unidad de un Hospital para: (1) rehabilitación, convalecencia, cuidado de pacientes reclusos, educación, cuidado de enfermos terminales o cuidados de enfermería; (2) ancianos, drogadictos o alcohólicos; o (3) un establecimiento destinado principal o exclusivamente a la prestación de servicios psiquiátricos a pacientes con enfermedades mentales.

## Disposiciones de la póliza:

**Cuándo comienza su cobertura:** La cobertura comienza en la fecha de entrada en vigor del programa, la fecha en que cumpla los requisitos o el primer día del mes después de la fecha en que recibamos su formulario de inscripción llenado, lo que ocurra en último lugar; o si se requiere evidencia de asegurabilidad, el primer día del mes después de que hayamos aprobado por escrito su cobertura (o la de sus dependientes), a menos que Cigna acuerde lo contrario. Su cobertura no comenzará a menos que usted se encuentre trabajando en forma activa en la fecha de entrada en vigor. La cobertura para las Personas cubiertas no comenzará en la fecha de entrada en vigor si la persona cubierta está internada en un hospital o confinada en el hogar o en un establecimiento, está incapacitada o recibiendo beneficios por incapacidad, o no puede realizar las actividades de la vida diaria.

**Cuándo termina su cobertura:** La cobertura para cualquier Persona cubierta finalizará en la primera de las siguientes fechas: la fecha en la que ya no reúnan los requisitos para recibir cobertura, la fecha en que la póliza colectiva ya no esté en vigor o la fecha del último período para el cual se hayan pagado las primas requeridas. Para su Cónyuge e Hijos dependientes, si corresponde, la cobertura también terminará cuando termine la cobertura para usted, cuando no se paguen las primas o cuando ellos dejen de cumplir los requisitos. (En determinadas circunstancias, su cobertura podrá continuar si usted deja de trabajar. Asegúrese de leer las disposiciones sobre *Continuación del seguro* en su Certificado).

**Derecho a examinar el Certificado por 30 días:** Si una Persona cubierta no está conforme con el Certificado por el motivo que fuera, podrá devolvérselo dentro de los 30 días siguientes a su recepción. Reembolsaremos cualquier prima que se haya pagado, y el Certificado será nulo, como si nunca se hubiera emitido.

### \* Variaciones según el estado

\*Para fines de este folleto, cada vez que aparezca el término Cónyuge también incluirá a la Pareja de hecho registrada en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las Parejas de hecho o las Uniones civiles. La definición de cónyuge incluye a las parejas de uniones civiles en New Hampshire y Vermont. La cantidad de días de beneficios pagaderos por **Estadía hospitalaria, estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital y estadía para atención en una sala de recién nacidos** puede diferir para los residentes de ID. Los beneficios de **Estadía hospitalaria y estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital** siempre estarán incluidos para los residentes de ND. El beneficio de Admisión adicional en una ICU para una **Estadía en la Unidad de cuidados intensivos (ICU) de un Hospital** no está disponible para los residentes de TX y NH. Los beneficios de **Estadía hospitalaria** siempre estarán incluidos para los residentes de AK. El Período de espera para una **Estadía para observación** se denomina Período de observación para los residentes de ID y ND. El **Período de espera** no se aplicará para los residentes de ID y NH. Las **exclusiones** pueden variar para los residentes de MN, SC, SD y WA. En TX y VT, la **Portabilidad** se denomina Continuación debido a la pérdida de la elegibilidad. Los residentes de VT no están sujetos al límite de edad para continuar la cobertura. **Definiciones importantes (Hospital)** puede variar para los residentes de LA, NH, TX, UT y VT. El **Beneficio de incentivo por tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección o atención preventiva** no está disponible para los residentes de ID. El beneficio de bienestar no incluye la atención preventiva en NH. Los beneficios de exámenes dentales y oftalmológicos del Beneficio de tratamiento de bienestar, exámenes médicos de detección o atención preventiva no están disponibles para los residentes de NH y WA. Los beneficios para COVID-19 no están disponibles para los residentes de ID y NH.

Series 1.0/1.1/1.2

ESTA PÓLIZA PAGA SOLAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS. NO CONSTITUYE UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL Y NO CUBRE TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTA COBERTURA NO SATISFACE EL REQUISITO DE "COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA" NI EL REQUISITO DEL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ESTA COBERTURA NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICAID NI DE MEDICARE.

La disponibilidad de los productos puede variar según el lugar y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas colectivas de seguro pueden incluir exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos en virtud de los cuales la póliza puede continuar en vigor o interrumpirse. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, consulte los documentos de su plan. Las pólizas son distribuidas exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation y son administradas y aseguradas por Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT). El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Los términos y las condiciones de la cobertura se establecen en la Póliza colectiva N.º HC110522. Esta no es una descripción completa de la cobertura del seguro. Esto no es un contrato. Diríjase al Patrocinador de su plan para obtener una copia de la Póliza colectiva. En caso de discrepancia entre este resumen y la Póliza colectiva, la información incluida en la Póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad de los productos, los beneficios, las cláusulas, las afecciones cubiertas, las disposiciones de la póliza o las características pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia. Diríjase al Patrocinador de su plan para obtener una copia de la Póliza. En caso de discrepancia entre este resumen y la Póliza colectiva, la información incluida en la Póliza colectiva tendrá precedencia. La disponibilidad de los productos, los costos, los beneficios, las cláusulas o las características pueden variar según el estado. Guarde este material como referencia.

Los planes o las pólizas de seguro por lesión accidental, por enfermedad crítica y de atención hospitalaria son distribuidos exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, son administrados por Cigna Health and Life Insurance Company, y están asegurados por (i) Life Insurance Company of North America ("LINA") (Philadelphia, PA); o (ii) New York Life Group Insurance Company of NY ("NYLGICNY") (New York, NY), anteriormente conocida como Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. LINA y NYLGICNY no son afiliadas de Cigna.

958325SP © 2023 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.