

Esta es una versión anterior de la Guía del agente, cuya revisión y nueva traducción están programadas para 2023. Para obtener información actualizada, consulte la versión en [inglés](#). ¡Gracias!

# GUÍA PARA AGENTES

Su libro de referencia acerca de Cigna Supplemental Benefits

Contigo paso a paso.®



# En Cigna, creemos que ser fiel a uno mismo es el primer paso para estar realmente saludable.

Así es como administramos una empresa saludable, creyendo profundamente en nuestra misión al servicio de la salud. Así es como generamos valor para nuestros accionistas, manteniéndonos fieles a nuestra estrategia de crecimiento global. Así es como atraemos a los mejores empleados, ofreciéndoles maneras de aportar sus talentos únicos.

Y así es como atendemos a nuestros clientes, alentándolos mientras marchan a su propio ritmo, ya sea que sueñen con escalar montañas o bajar su colesterol, correr maratones o administrar su propia empresa, aumentar su frecuencia cardíaca o criar a su familia, planificar el futuro o dejar atrás viejos hábitos.

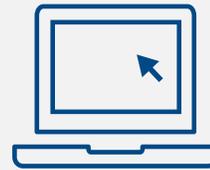
Somos una compañía global de servicios de salud con una trayectoria de más de 227 años en el negocio de los seguros. Mantenemos una capacidad de ventas de alcance internacional en 30 países y jurisdicciones, con aproximadamente 86 millones de relaciones con clientes en el mundo entero, y nos dedicamos a ayudar a las personas a las que brindamos servicios a mejorar su salud, su bienestar y su sensación de seguridad.

En Cigna Supplemental Benefits, ofrecemos soluciones que ayudan a las personas y sus familias a lograr precisamente eso. Nuestra cartera ayuda a apoyar los mercados de seguros de salud complementarios y para personas mayores, al ofrecer las siguientes soluciones a través de las compañías de seguros American Retirement Life (ARLIC), Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Cigna National Health Insurance Company (CNHIC) o Loyal American Life (LOYAL).

- › Seguro complementario de Medicare
- › Seguro de vida entera
- › Cáncer
- › Ataque al corazón y derrame cerebral
- › Indemnidad hospitalaria
- › Accidentes

En las próximas páginas, encontrará la información que necesita para brindarles a sus clientes la calidad y el servicio que esperan de Cigna. Desde productos hasta tecnología, tenemos lo que usted necesita para hacer crecer su negocio. Envíe electrónicamente solicitudes sin errores con Express App, reciba cotizaciones en su dispositivo móvil y manténgase al día con nuestra oficina virtual, AgentView.

**¡Estamos para ayudarle a alcanzar su máximo potencial!**



AgentView es su oficina central virtual. Aquí, usted encontrará los formularios más actualizados para el estado donde trabaja, además de:

- › Express App
- › Comisiones
- › Disponibilidad de productos
- › Capacitación para agentes
- › Información sobre clientes
- › Folletos y paquetes de solicitud
- › Informes de producción
- › Novedades y avisos

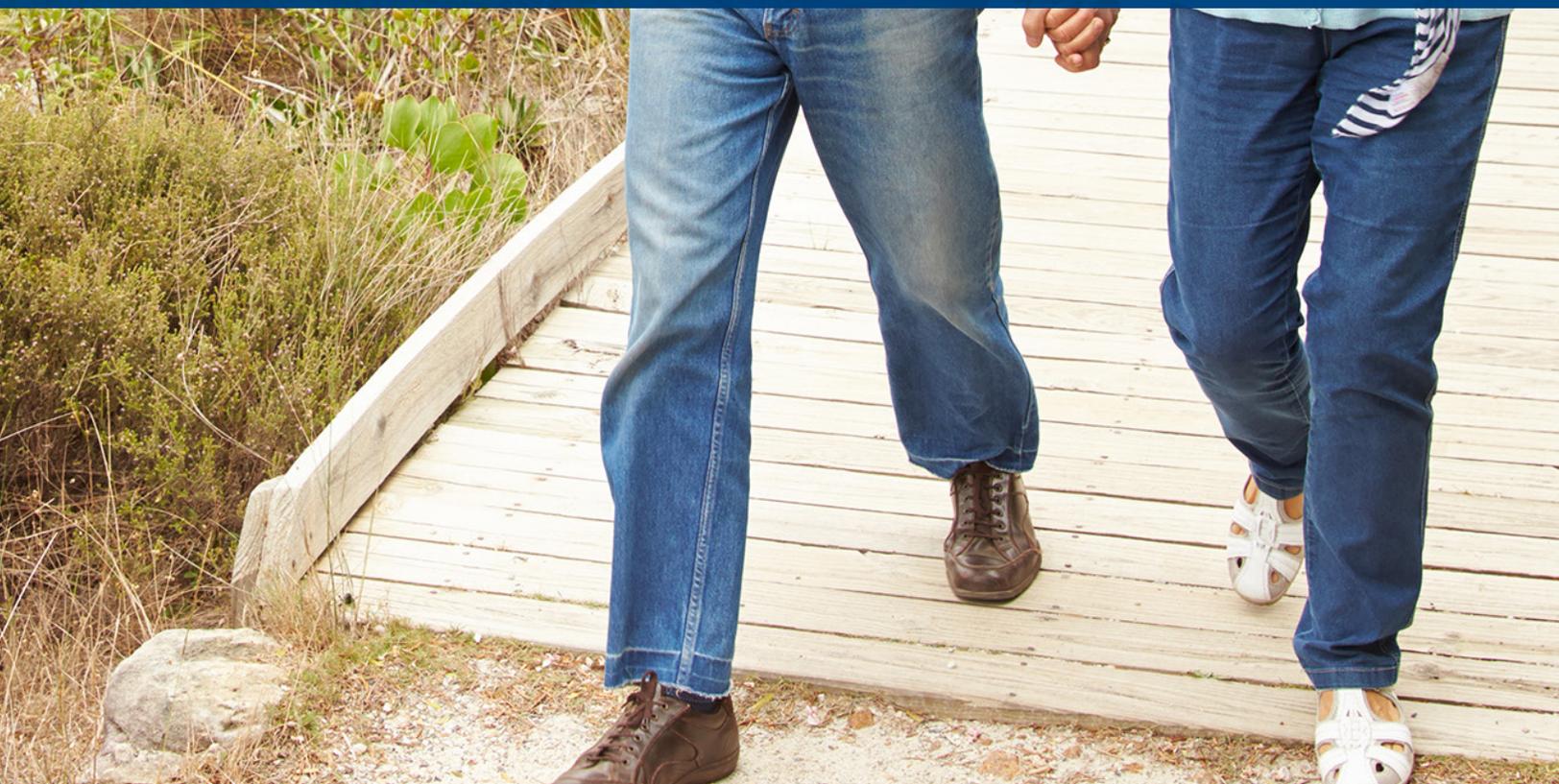
Visite [AgentViewCigna.com](https://AgentViewCigna.com) para acceder a todo lo que Cigna Supplemental Benefits tiene para ofrecerle.

<b>Seguro complementario de Medicare.....1</b>	<b>Tratamiento para accidentes.....39</b>
Introducción al Seguro complementario de Medicare.....2	Introducción al seguro de tratamiento para accidentes.....40
Ley de Acceso a Medicare y Reautorización del CHIP (MACRA, por sus siglas en inglés).....3	El proceso de venta.....40
El proceso de venta.....3	Tarifas.....40
Explicación de la solicitud.....4	Beneficios opcionales.....41
Cómo completar la solicitud.....6	Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos...42
Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos...7	<b>Información general.....44</b>
Cálculos y pagos de primas.....10	Información general.....45
Programas para clientes y servicios con valor agregado.....11	Evaluación de riesgos médicos adicional.....46
<b>Póliza dental, de la vista y de la audición flexible choice.....13</b>	Programa FaxApp.....47
Introducción a la póliza dental, de la vista y de la audición Flexible Choice.....14	FaxApp program.....48
Opciones del plan.....15	Verificación telefónica (PV).....48
El proceso de venta.....15	Pasos para presentar una venta telefónica.....49
<b>Seguro de vida entera individual.....17</b>	Procesamiento de nuevas contrataciones.....49
Introducción al Seguro de vida entera individual.....18	Servicio al Cliente.....50
Cláusula adicional opcional.....18	Giro bancario/pago automático.....52
El proceso de venta.....19	Comisiones.....52
Capacitación sobre prevención del lavado de dinero (AML).....19	Servicios para agentes.....53
Cálculos y pagos de primas.....20	Grupo/asociación.....54
Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos...20	Formulario de creación de grupo/ asociación.....56
<b>Seguro Flexible Choice para cáncer y ataque al corazón.....22</b>	Formulario de deducción salarial.....58
Introducción al Seguro Flexible Choice para cáncer, ataque al corazón y derrame cerebral.....23	Carátula de FaxApp.....59
Cáncer.....23	Tablas de estatura y peso.....60
Ataque al corazón y derrame cerebral.....23	Tablas y cuadros.....62
El proceso de venta.....24	<b>Anexo A.....63</b>
Beneficios opcionales.....25	Guía para vendedores sobre el programa de prevención del lavado de dinero para agentes y vendedores de las compañías de seguros de vida que comprende Cigna Supplemental Benefits (CSB).....64
Agregar cláusulas adicionales después de la venta de una póliza inicial.....26	<b>Lista de contactos.....67</b>
Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos...27	
<b>Seguro de indemnidad hospitalaria Flexible Choice.....29</b>	
Introducción a la indemnidad hospitalaria.....30	
El proceso de venta.....30	
Tarifas.....31	
Beneficios opcionales.....31	
Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos...33	
<b>Tratamiento del cáncer.....34</b>	
Introducción al seguro para el tratamiento del cáncer.....35	
El proceso de venta.....35	
Tarifas.....35	
Beneficios opcionales.....36	
Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos....37	
Cláusulas adicionales.....37	



## SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

Gastos de la Parte A y la Parte B no cubiertos por Medicare.



## Introducción al Seguro complementario de Medicare

Una póliza de Seguro complementario de Medicare (o Medigap) es un plan de seguro de salud complementario individual que brinda beneficios para la totalidad o parte de las cantidades de deducible y coseguro que Medicare no cubre. La Ley de Reconciliación Presupuestaria de 1990 (OBRA '90, por sus siglas en inglés) permite la emisión de una póliza complementaria de Medicare a favor de personas que tengan otros planes de seguro de salud, como pólizas de cuidados a largo plazo, por enfermedad específica o de indemnidad hospitalaria. Sin embargo, es ilegal vender una póliza complementaria de Medicare a una persona que ya tiene una póliza complementaria de Medicare, a menos que la nueva póliza reemplace la póliza existente.

### Tabla de beneficios de los planes de Seguro complementario de Medicare vendidos a partir del 1 de enero de 2020

Esta tabla muestra los beneficios incluidos en

cada uno de los planes de Seguro complementario de Medicare estándares. Es posible que algunos planes no estén disponibles. Solo los solicitantes que cumplieron por primera vez los requisitos para Medicare antes de 2020 pueden contratar los planes C, F y F con deducible alto.

Beneficios	Planes disponibles para todos los solicitantes								Únicamente para quienes cumplieron por primera vez los requisitos para Medicare antes de 2020	
	A	B	D	G <sup>1</sup>	K	L	M	N	C	F <sup>1</sup>
Cobertura hospitalaria y coseguro de la Parte A de Medicare (hasta 365 días más, después de que se usan todos los beneficios de Medicare)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de la Parte B de Medicare	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	Se aplican copagos <sup>2</sup>	✓	✓
Sangre (tres primeras pintas)	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro o copago de la atención de enfermos terminales de la Parte A	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Coseguro de centros de cuidados especiales			✓	✓	50%	75%	✓	✓	✓	✓
Deducible de la Parte A de Medicare		✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓	✓	✓
Deducible de la Parte B de Medicare									✓	✓
Cargos en exceso de la Parte B de Medicare				✓						✓
Emergencia en viaje al exterior (hasta los límites del plan)			✓	✓			✓	✓	✓	✓
Límite de desembolso en 2020 <sup>2</sup>					\$5,880 <sup>3</sup>	\$2,940 <sup>2</sup>				

- Los planes F y G también tienen una opción con deducible alto, que primero le exige pagar un deducible del plan de \$2,340, antes de que el plan comience a pagar. Una vez que se alcanza el deducible del plan, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El plan G con deducible alto no cubre el deducible de la Parte B de Medicare. Sin embargo, los planes F y G con deducible alto computan nuestro pago del deducible de la Parte B de Medicare para alcanzar el deducible del plan.
- El plan N paga el 100% del coseguro de la Parte B, a excepción del copago de hasta \$20 para algunas visitas al consultorio y un copago de hasta \$50 para las visitas a la sala de emergencias que no terminan en una admisión como paciente internado.
- Los planes K y L pagan el 100% de los servicios cubiertos durante el resto del año calendario una vez que usted alcanza el límite de desembolso anual.

## Ley de Acceso a Medicare y Reautorización del CHIP (MACRA, por sus siglas en inglés)

Prohíbe la cobertura sin deducible de la Parte B de Medicare para los planes de Seguro complementario de Medicare.

- Los planes C y F son los únicos planes que tienen cobertura sin deducible.
  - Los planes C y F no pueden venderse a las personas que empezaron a cumplir con los requisitos para Medicare a partir del 1 de enero de 2020.
- Se considera que un cliente empezó a cumplir con los requisitos recientemente si cumplió 65 años el 1 de enero de 2020 o después de dicha fecha, y cumplió por primera vez con los requisitos para Medicare a partir de esa fecha. Si una persona empieza a cumplir con los requisitos para Medicare antes del 1 de enero de 2020 por una incapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), o si cumple 65 años antes del 1 de enero de 2020, sea o no elegible para Medicare en esa fecha, cumplirá con los requisitos para contratar un plan C o F al adquirir el derecho a la Parte A de Medicare e inscribirse en la Parte B.
- Esta prohibición se aplica a todos los estados, incluidos los estados donde se aplican exenciones.

- La eliminación de los planes C y F para los beneficiarios que empezaron a cumplir con los requisitos para Medicare recientemente convierte a los planes D y G en los nuevos planes de emisión garantizada para los beneficiarios de Medicare que empezaron a cumplir con los requisitos recientemente, según las actuales normas de aceptación garantizada del Seguro complementario de Medicare.
- Los beneficiarios de Medicare que hayan contratado planes C o F antes del 1 de enero de 2020 podrán conservar su plan.
- Los planes C y F pueden seguir vendiéndose después del 1 de enero de 2020, pero solo a beneficiarios de Medicare que tuvieran 65 años antes del 1 de enero de 2020 o que hubieran cumplido con los requisitos para Medicare por primera vez antes del 1 de enero de 2020. Esto es independiente del plan que tuvieran previamente.
  - Por ejemplo, un cliente que contrató el plan C en 2018 puede contratar cualquier plan, inclusive el C o F, antes del 1 de enero de 2020 o en lo sucesivo.

Elegibles antes del 1 de enero de 2020	Elegibles a partir del 1 de enero de 2020
Plan C	Plan D (que es el Plan C sin cobertura del deducible de la Parte B)
Plan F	Plan G (que es el Plan F sin cobertura del deducible de la Parte B)
Plan F con deducible alto	Plan G con deducible alto (que es el Plan F con deducible alto sin cobertura del deducible de la Parte B)

## El proceso de venta

### Herramientas de venta

- Resumen de la cobertura.
- Folleto. *Opcional*.
- Folleto de servicios con valor agregado. *Opcional*.
- Paquete de solicitud.
- MyPolicyHQ.com. [Ver “Portal en línea” en la página 50.](#)

### Materiales para entregar

Esta es una lista de los materiales de comercialización que todos los agentes deberían tener al llevar adelante una venta. Algunos de estos materiales los exige su estado.

- Resumen de la cobertura correspondiente al estado. *Obligatorio*.

- Folleto. *Opcional*.
- Folleto de servicios con valor agregado. *Opcional*.
- Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare. *Obligatorio*.
- Formulario de reemplazo, incluido en el paquete de solicitud, si se trata de una póliza de reemplazo. *Obligatorio*.
- Cualquier otro formulario específico del estado incluido en su paquete de solicitud para dejarle al solicitante. *Obligatorio*.

### Para agentes de Maine únicamente

Ningún vendedor, agente o corredor del estado de Maine podrá llevar a cabo ninguna práctica comercial que se determine que

constituye un método de competencia desleal o una práctica o acto desleal o engañoso en el negocio de los seguros. Esto incluye la oferta de productos del Seguro complementario de Medicare ofrecido por Cigna Supplemental Benefits, incluidas las cláusulas adicionales.

Parar reforzar la [Reglamentación de Seguros de Maine](#) y sus requisitos, al menos una vez al año, Cigna Supplemental Benefits proporcionará una notificación a modo de recordatorio a los vendedores, agentes y corredores contratados, en la que hará referencia al uso y la distribución de materiales de comercialización aprobados por la compañía e información sobre los productos para los consumidores.

- › [Formulario de encuesta obligatoria sobre los productos del Seguro complementario de Medicare.](#)

## La nueva póliza

### Póliza

Verifique que la póliza emitida coincida con la póliza solicitada.

### Tarjeta de ID de la póliza

Para uso de su cliente cuando contrate servicios de cuidado de la salud. Después de la entrega de la póliza se entregará una tarjeta laminada permanente.

### Recibo de entrega

En los estados donde así se exija, la persona asegurada deberá firmar el recibo de entrega y enviarlo a la oficina administrativa.

## Explicación de la solicitud

### Fuera de la inscripción abierta, excluida la emisión garantizada

- › Envíe una solicitud completada. Se deben responder preguntas médicas.
- › Se exigirá una verificación telefónica (PV, por sus siglas en inglés) y una verificación de la base de datos de medicamentos con receta para todos los solicitantes. [Ver "Verificación telefónica \(PV\)" en la página 48.](#)

### Durante la inscripción abierta

- › El período de inscripción abierta (OE, por sus siglas en inglés) del Seguro complementario de Medicare dura seis meses. La OE generalmente comienza el primer día del mes en el que el solicitante tiene 65 años o más y se inscribe en la Parte B de Medicare. Consulte en su estado si hay algún otro período de OE.

### Tarifas

Hay una garantía inicial de las tarifas por 12 meses. Los aumentos de tarifas para cada cliente respectivo deberán realizarse con una diferencia mínima de 10 meses. Para los productos asegurados por CHLIC y CNHIC, hay una garantía inicial de las tarifas por 12 meses. Los aumentos de tarifas para cada cliente respectivo deberán realizarse con una diferencia mínima de 12 meses.

### Planes alternativos

Es posible que la póliza de su cliente no se emita tal como fue solicitada. Si se aprueba una clase de riesgo diferente, se le enviará una notificación y la solicitud se dejará en espera durante cinco días calendario, a fin de darle al solicitante la oportunidad de aceptar o rechazar la oferta. Si se acepta la oferta, el cliente deberá firmar y enviar una notificación escrita a tal efecto. El cliente podrá llamar a nuestro departamento de Recursos para Agentes y dar su autorización verbal para aceptar la clase de riesgo diferente y una prima diferente. Si no se cumple con este requisito, la póliza finalizará automáticamente. Si se rechaza la oferta, la póliza quedará sin efecto como si no se hubiera contratado.

- › Envíe una solicitud completada. No deben responderse las preguntas de la sección de Preguntas médicas. [Ver "Preguntas médicas al presentar solicitudes de OE/GI" en la página 7.](#)
- › Estarán disponibles todos los planes en venta en el estado de residencia.

### Normas de cotización para la inscripción abierta/emisión garantizada para los planes<sup>4</sup> A, B, C, D, F, F con deducible alto, G y N

Consulte las pautas de emisión garantizada en la versión vigente de la Guía de los CMS, Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare.

4. Consulte el Resumen de la cobertura de su estado para conocer los planes disponibles.

## Consumo de tabaco

Para la edad cumplida y la edad para la emisión, durante la inscripción abierta (OE) y la emisión garantizada, los planes deben cotizarse a la tarifa Preferred correspondiente a la edad del solicitante, independientemente del consumo de tabaco. En Florida y Minnesota, independientemente de la OE o la emisión garantizada, los planes deben cotizarse según la edad del solicitante y su consumo de tabaco, usando las tarifas para consumidores y no consumidores de tabaco.

## Solicitantes discapacitados menores de 65 años

Por lo general, no se ofrece cobertura a los solicitantes menores de 65 años que son discapacitados, de acuerdo con los criterios de calificación de Medicare, a menos que el estado en el que viven exija hacer una oferta. Consulte “Medicare y usted”, el manual oficial del gobierno, para conocer detalles y las pautas actualizadas de cada estado (también disponible en línea en [Medicare.gov](http://Medicare.gov)). Las solicitudes deben enviarse por correo o por fax con firma manuscrita.

## Cancelaciones de la inscripción/emisión garantizada

Si el solicitante pierde su cobertura de salud en determinadas circunstancias, tendrá un derecho garantizado a contratar determinados planes de Seguro complementario de Medicare ofrecidos por la compañía en el estado del solicitante.<sup>4</sup> Deberá presentar una solicitud dentro de los 63 días calendario siguientes a la notificación inicial de la pérdida de cobertura o la fecha real de finalización de la cobertura. Si el solicitante presenta la solicitud después de transcurridos 63 días calendario, se deberá completar todo el proceso de evaluación de riesgos médicos. Consulte cualquier otra norma específica del estado del solicitante. Una vez que haya determinado que se aplican las circunstancias de emisión garantizada:

- › Complete una solicitud con el solicitante.
- › Envíe una copia de la carta de cancelación de la inscripción/finalización, incluido el nombre del titular de la póliza y la fecha de finalización, por fax al [888.695.2591](tel:888.695.2591). Asegúrese de incluir el número de póliza. Es posible que se exijan documentos adicionales para determinados derechos de emisión garantizada.
- › No deben responderse las preguntas de la sección de Preguntas médicas. [Ver “Preguntas médicas al presentar solicitudes de OE/GI” en la página 7.](#)

## Descuentos en las primas

En algunos estados, se ofrece un descuento en la prima a los clientes que se inscriben que residan con otro adulto de 18 años o más. Además, en algunos estados, se puede aplicar un descuento en la prima cuando más de un miembro de un hogar se inscribe o está inscrito en uno de nuestros planes de Seguro complementario de Medicare. Consulte el Resumen de la cobertura para conocer los detalles. *Asegúrese de que el solicitante proporcione el nombre y número del Seguro Social de la(s) persona(s) que viva(n) en su dirección actual durante el proceso de solicitud.*

- › Si se aplica un descuento en la prima, multiplique la tarifa por el factor apropiado indicado en el resumen de la cobertura. Por ejemplo, en SC, se aplica un descuento en la prima del 6% cuando el solicitante reside con otro adulto y se aplica un descuento en la prima adicional del 9% (15% en total) cuando el otro adulto se inscribe o está inscrito en un plan complementario de Medicare ofrecido por Cigna.
- › Vivienda familiar se define como una unidad de condominio, una vivienda unifamiliar o una unidad de apartamento dentro de un complejo de apartamentos.
- › Los centros de vivienda asistida, los hogares de retiro, los centros de cuidados diurnos para adultos y los hogares de ancianos, o cualquier otro centro de cuidado de la salud residencial, no están incluidos en la definición de “Vivienda familiar”.
- › En la mayoría de los casos, si otro miembro del hogar tiene un plan complementario de Medicare a través de una compañía afiliada<sup>5</sup>, el titular de la póliza le permitirá al solicitante acceder al descuento. Hay varios estados, como Alaska, Florida, Hawaii, New Hampshire, North Dakota y Washington, en los que un plan complementario de Medicare de una compañía “afiliada” no le permitirá al cliente acceder a un descuento. Los agentes deben consultar el Resumen de la cobertura para confirmar si el descuento en la prima está disponible en su estado.

En el caso de los titulares existentes de pólizas del Seguro complementario de Medicare ofrecido por Cigna que cumplan con los requisitos para el Descuento por vivienda familiar, el descuento se aplicará en su siguiente ciclo de facturación programado cuando notifiquen a Cigna acerca de su elegibilidad de las siguientes maneras:

5. Nuestra lista actual de compañías afiliadas incluye a American Retirement Life Insurance Company, Continental General Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna National Health Insurance Company, Great American Life Insurance Company, Loyal American Life Insurance Company, Provident American Life and Health Insurance Company y Sterling Life Insurance Company.

- › asegurándose de que cualquier nuevo solicitante de una póliza complementaria de Cigna que resida en la misma vivienda familiar incluya en su solicitud el nombre y apellido, y el número del Seguro Social del titular de la póliza existente;
- › llamando a un representante de Servicio al Cliente de Cigna, al 866.459.4272; o
- › enviando por correo la notificación de elegibilidad para el Descuento por vivienda familiar (incluya el nombre y apellido, y el número del Seguro Social de ambos titulares de pólizas) a Cigna a:

Cigna Supplemental Benefits  
PO Box 7525  
Scranton, PA 18505-5725

Los nuevos titulares de pólizas podrán solicitar el Descuento por vivienda familiar cuando soliciten su plan incluyendo en su solicitud el nombre y apellido, y el número del Seguro Social del titular de una póliza complementaria de Medicare ofrecida por Cigna nuevo o existente que resida en su mismo hogar.

## Cómo completar la solicitud

Se deben completar todas las secciones de la solicitud del Seguro complementario de Medicare. Asegúrese de consultar la solicitud correspondiente a su estado cuando revise esta guía.

### Las siguientes pautas se aplican a todas las solicitudes

- › Aceptamos solicitudes del Seguro complementario de Medicare correspondientes a clientes que no tienen actualmente un contrato de Seguro complementario de Medicare con compañías aseguradas o administradas por Cigna Supplemental Benefits. Esto incluye a las siguientes compañías de Cigna: American Retirement Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna National Health Insurance Company y Loyal American Life Insurance Company. Las compañías que cumplen con los requisitos para reemplazos de pólizas son: American Retirement Life Insurance Company, Cigna National Health Insurance Company, Loyal American Life Insurance Company, Sterling Life Insurance Company, Great American Life Insurance Company y United Teacher Associates Insurance Company.
- › Tanto el estado de emisión como el estado de residencia deben basarse en el solicitante. Para poder aceptar una solicitud, los agentes deben tener licencia para vender planes de Seguro complementario de Medicare en el estado de residencia del solicitante, ya sea como residentes o no residentes. Consulte el Resumen de la cobertura de su estado o nuestra Tabla de disponibilidad de productos para conocer la disponibilidad. El estado de la dirección postal de la solicitud debe coincidir con el estado de la dirección de residencia. Todas las pólizas deben enviarse por correo y

entregarse en el estado de emisión.

- › Además, todos los agentes deben usar el paquete de solicitud vigente correspondiente al estado de residencia de la persona asegurada al momento de la solicitud. Se devolverán las solicitudes recibidas para su procesamiento que se basen en el estado de emisión del agente y no en el estado de residencia del solicitante.
- › La fecha de entrada en vigor solicitada no puede tener lugar más de 90 días (o 180 días durante la inscripción abierta) después de la fecha en que se firmó la solicitud en todos los casos, a menos que los requisitos del estado difieran.
- › Verifique todos los cálculos con las tablas de tarifas de las primas y/o las herramientas para establecer tarifas, incluido el código del plan, la calificación por área, la edad, el Descuento por vivienda familiar, etc. Asegúrese de usar el factor modal correcto de la tabla de tarifas.
- › A excepción de las solicitudes de la OE o de emisión garantizada (GI, por sus siglas en inglés) presentadas con una firma manuscrita, se debe realizar una entrevista de verificación telefónica (PV) a los solicitantes del Seguro complementario de Medicare. [Ver “Verificación telefónica \(PV\)” en la pagina 48.](#)
- › Pautas sobre pagador/beneficiario: Cada póliza es un contrato individual. Solo se aceptan pagos de primas del titular de la póliza o de un familiar directo. No se aceptarán pagadores externos, salvo según lo indicado. [Ver “Nuevas pautas comerciales” en la pagina 45.](#)
- › Es ilegal vender un plan complementario de Medicare a una persona que tiene Medicaid, salvo en determinadas situaciones. Si el solicitante responde que “Sí” a la pregunta 2

de la Sección V de la solicitud, la Compañía solo podrá venderle cobertura complementaria de Medicare si se aplica una de las siguientes condiciones.

- Medicaid paga su prima del Seguro complementario de Medicare; o
- Medicaid paga la totalidad o una parte de la prima de la Parte B de Medicare.
- Confirme si la cobertura de Medicaid finalizará antes de la fecha de entrada en vigor solicitada para el Seguro complementario de Medicare. De ser así, ingrese esta información en la sección “Notas del agente”, en la Sección VII de la solicitud del Seguro complementario de Medicare.
- Las personas que pierden su cobertura de Medicaid cumplen con los requisitos para la emisión garantizada dentro de los 63 días en los siguientes estados: CA, KS, ME, MT, OR, TN, TX, UT, WA y WI.

### Para las solicitudes escritas

- › Use un bolígrafo negro en todos los documentos; no se permite el uso de marcadores.
- › Tache cualquier error y pídale al solicitante que coloque sus iniciales y la fecha junto a las correcciones. No use líquido corrector ni métodos similares.
- › Las solicitudes deben presentarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se firmaron y no pueden tener una fecha de entrada en vigor solicitada anterior a la fecha en que se firma la solicitud.
- › Todas las solicitudes se deben presentar acompañadas de la prima modal total inicial o un formulario de Cobro preautorizado (PAC, por sus siglas en inglés) firmado.
- › Todas las solicitudes deben ser firmadas por el titular de la póliza. Si se usa un poder legal (POA, por sus siglas en inglés), se exigirá una constancia del POA, junto con la

## Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos

Todas las solicitudes deben incluir una evaluación de riesgos médicos completa, a menos que el solicitante reúna los requisitos para la OE o GI. Nuestro proceso de evaluación de riesgos médicos incluye una verificación telefónica, una evaluación de medicamentos con receta y una verificación con la Medical Information Bureau (MIB). [Ver “Verificación telefónica \(PV\)” en la página 48.](#)

Si una solicitud se presenta como una clase de tarifa que no cumple con nuestros criterios, se notificará por carta al solicitante y al agente acerca del plan alternativo de cobertura

firma del apoderado en todas las páginas de la solicitud. Una verificación telefónica funciona como una firma manuscrita cuando la venta se realiza por teléfono o usando Express App, y debe realizarla el apoderado cuando una solicitud se presenta a través de Express App acompañada de documentación de POA. [Ver “Express App” en la página 47.](#)

- › No aceptamos firmas estampadas de agentes ni de solicitantes.
- › Si corresponde, todos los formularios exigidos por el estado (p. ej., reemplazo, divulgación del estado y carta de cancelación de la inscripción/finalización) deben acompañar la solicitud al momento de la presentación.
- › Siempre se debe firmar y presentar con la solicitud una autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

### Preguntas médicas al presentar solicitudes de OE/GI

Al presentar solicitudes para casos de inscripción abierta (OE) y emisión garantizada (GI), no responda ni complete ninguna pregunta de la sección de Preguntas médicas de la solicitud. Si una solicitud de OE/GI se presenta con alguna de las preguntas de la sección de Preguntas médicas respondida, se deberá completar una nueva solicitud.

### Opciones para la presentación de solicitudes

- › En línea a través de Express App, nuestra herramienta para solicitudes basada en Internet. [Ver “Express App” en la página 47.](#)
- › Por fax a través de nuestro programa FaxApp. [Ver “Programa FaxApp” en la página 48.](#)
- › Por correo estándar; se requiere firma manuscrita.

disponible (si corresponde). Se enviará junto con la póliza una notificación de la prima adeudada y la página de tabulación alternativa de la clase de tarifa aprobada, si el solicitante acepta los términos. Las clases de tarifas Standard II y III no están disponibles para los solicitantes menores de 65 años. Se aplican las normas y clases de tarifas normales según la evaluación de riesgos médicos.

### Clase de tarifa Preferred (en FL, no consumidores de tabaco)

- › La respuesta a todas las preguntas médicas de la Parte A y la Parte B debe ser “No”.
- › Parte A para CHLIC y CNHIC; Partes A y B para ARLIC; para Loyal, sección VII de las Preguntas médicas o Partes A y B.
- › El solicitante no está tomando ninguno de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos que son causales de denegación (CSB-9-0017-MS) para el uso indicado únicamente.
- › La estatura y el peso del solicitante deben encontrarse entre los valores de peso mínimo y máximo de nuestra tabla de estatura y peso. [Ver “Tablas de estatura y peso” en la página 60.](#)
- › El solicitante no debe tener ninguna de las condiciones seleccionadas enumeradas. [Ver “Determinadas condiciones” en la página 9.](#) No aplicable en ID, MN, MI y OR.
- › El solicitante no debe haber consumido tabaco en los últimos 12 meses.

### Clase de tarifa Standard (en FL, consumidores de tabaco)

- › La respuesta a todas las preguntas médicas de la Parte A y la Parte B debe ser “No”. Quedan excluidas las pólizas de Cigna National Health Insurance Company (CNHIC).
- › Parte A para CHLIC; Partes A y B para ARLIC; para Loyal, sección VII de las Preguntas médicas o Partes A y B.
- › El solicitante no está tomando ninguno de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos que son causales de denegación (CSB-9-0017-MS) para el uso indicado únicamente.
- › La estatura y el peso del solicitante deben encontrarse entre el “Peso mínimo” y el “Peso máximo con determinadas condiciones seleccionadas” de nuestra tabla de estatura y peso. [Ver “Tablas de estatura y peso” en la página 60.](#)
- › El solicitante no debe tener ninguna de las condiciones seleccionadas enumeradas. [Ver “Determinadas condiciones” en la página 9.](#) No aplicable en ID, MN, MI y OR.
- › El solicitante consume tabaco o ha consumido tabaco en los últimos 12 meses.

### Clase de tarifa Standard II<sup>6</sup>

- › La respuesta a todas las preguntas médicas de la Parte A debe ser “No”.
- › El solicitante no está tomando ninguno de los medicamentos incluidos como “Causales de denegación” en la Lista de medicamentos que son causales de denegación (CSB-9-0017-MS).
- › El solicitante responde que “Sí” a alguna pregunta de la Parte B de las Preguntas médicas, o está tomando un medicamento incluido en la columna Std II o Std III de la lista de medicamentos que son causales de denegación que no tiene una “X”.
- › La estatura y el peso del solicitante se encuentran fuera de los límites de las tablas de estatura y peso. [Ver “Seguro complementario de Medicare” en la página 60.](#)
- › El solicitante tiene determinadas condiciones seleccionadas, y su peso se encuentra fuera de los límites de estatura y peso con determinadas condiciones. [Ver “Seguro complementario de Medicare” en la página 60.](#)
- › El solicitante no debe haber consumido tabaco en los últimos 12 meses.

### Clase de tarifa Standard III<sup>6</sup>

- › La respuesta a todas las preguntas médicas de la Parte A debe ser “No”.
- › El solicitante no está tomando ninguno de los medicamentos incluidos como “Causales de denegación” en la Lista de medicamentos que son causales de denegación (CSB-9-0017-MS).
- › El solicitante responde que “Sí” a alguna de las preguntas de la Parte B de las Preguntas médicas o está tomando un medicamento incluido en la columna Standard II o Standard III de la Lista de medicamentos que son causales de denegación que no tiene una “X”.
- › La estatura y el peso del solicitante se encuentran fuera de los límites de las tablas de estatura y peso. [Ver “Seguro complementario de Medicare” en la página 60.](#)
- › El solicitante tiene determinadas condiciones seleccionadas, y su peso se encuentra fuera de los límites de estatura y peso con determinadas condiciones. [Ver “Seguro complementario de Medicare” en la página 60.](#)
- › El solicitante consume tabaco o ha consumido tabaco en los últimos 12 meses.

6. Las clases de tarifas STD II y III no están disponibles en todos los estados. Consulte el Resumen de la cobertura de su estado o nuestra Tabla de disponibilidad de productos.

## Determinadas condiciones

La cobertura ya no puede denegarse si las tarifas Standard II o Standard III están disponibles en su estado.<sup>6</sup> No aplicable en ID, MN, MI y OR.

- Diabetes con consumo de tabaco.
- Diabetes con peso superior al “Peso máximo con determinadas condiciones seleccionadas”.
- Consumo de tabaco con peso superior al “Peso máximo con determinadas condiciones seleccionadas”.
- Diabetes con condiciones circulatorias o cardiovasculares.
- Condiciones circulatorias o cardiovasculares con peso superior al “Peso máximo con determinadas condiciones seleccionadas”.
- Condiciones circulatorias o cardiovasculares con consumo de tabaco.

### Tratamiento y mantenimiento de condiciones cardiovasculares

Los riesgos cardiovasculares abarcan diversas enfermedades y trastornos, como ataque al corazón, enfermedad cardíaca, arteriopatía coronaria, arteriopatía, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatía, enfermedad valvular cardíaca, derrame cerebral, ataque isquémico transitorio (AIT), angina de pecho y arritmias.

Las pautas para los riesgos cardiovasculares difieren en función de si la condición es un evento aislado (p. ej., derrame cerebral, ataque al corazón o cirugía) o si la condición requiere un tratamiento prolongado.

- El tratamiento incluye el uso de medicamentos para controlar el nuevo riesgo cardiovascular. El evento o diagnóstico tiene lugar dentro de los dos años siguientes a la fecha de la solicitud.
- El mantenimiento se aplica cuando el evento o diagnóstico ocurrió hace más de dos años y el cliente no ha tomado tres o más medicamentos cardiovasculares dentro de un período de 12 meses en los últimos dos años; y no se ha producido un nuevo evento/diagnóstico cardiovascular ni un cambio en la medicación para el corazón o su dosis en los últimos dos años. Un cambio significativo puede referirse a un cambio en los medicamentos, un aumento de la dosis o medicamentos nuevos/adicionales.

### Medicamentos que son causales de denegación

Asegúrese de consultar nuestra lista de medicamentos que son causales de denegación durante la solicitud. Cualquier medicamento mencionado en la solicitud que esté incluido en nuestra lista de medicamentos que son causales de denegación (DDL, por sus siglas en inglés) provocará una denegación.

Los medicamentos que el solicitante está tomando son consideraciones importantes en el proceso de evaluación de riesgos médicos. Los medicamentos incluidos en nuestra DDL se usan para tratar condiciones/problemas de salud significativos. Los solicitantes que tomen estos medicamentos no deben completar solicitudes con nuestras tarifas Preferred/Standard, pero en algunos casos pueden reunir los requisitos para nuestras tarifas Standard II y Standard III. Nuestra DDL no debe entenderse como una lista exhaustiva de medicamentos, ya que muchos de estos medicamentos tienen formas de marca/genéricas y regularmente se introducen nuevos medicamentos. Hay medicamentos que, sin estar incluidos en la DDL, de todos modos pueden impedir que el solicitante reciba la cobertura.

Además, las combinaciones de varios medicamentos pueden descalificar al solicitante.

Si tiene un solicitante que está tomando algún medicamento que le hace dudar de su asegurabilidad, comuníquese con nuestro equipo de evaluación de riesgos médicos. Por otra parte, si tiene un solicitante que está tomando alguno de los medicamentos incluidos por un motivo distinto del indicado o que está tomando una combinación de medicamentos para una condición no mencionada, comuníquese con nuestro equipo de evaluación de riesgos médicos para pedir aclaraciones.

*Asegúrese de mencionar todos los medicamentos en la solicitud. Siempre debe determinar cómo se usa el medicamento. La asegurabilidad se basa en las condiciones mencionadas en la solicitud propiamente dicha.*

*Si el solicitante está tomando o ha tomado recientemente un medicamento de nuestra DDL para un uso que no está mencionado en esta solicitud, exigiremos una carta firmada y fechada por el proveedor de cuidado de la salud que emitió la receta del medicamento. Esta carta debe indicar la condición para la cual se está tomando el medicamento y debe aclarar que el solicitante no tiene la condición incluida en esta lista que es causal de denegación. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la solicitud se deniegue.*

Si fuera necesario, la solicitud puede dejarse en espera durante no más de 10 días, y se le puede pedir al solicitante la declaración del médico, que debería identificar el motivo por el que está/estaba tomando el medicamento y descartar que sea para una condición causal de denegación.

*El Seguro complementario de Medicare se emitirá de acuerdo con la clase de tarifa solicitada por el agente. Si el solicitante no reúne los requisitos para la clase de tarifa solicitada, se aplicará la siguiente clase de tarifa apropiada.*

Para todas las apelaciones se requiere una carta firmada y fechada con membrete del médico tratante/que emite las recetas que descarte la condición causal de denegación. Para las denegaciones basadas en el medicamento que toma el solicitante, la carta debe descartar la condición causal de denegación e indicar el

motivo por el cual se recetó el medicamento. Las apelaciones deben enviarse por fax al **855.239.8763**, Attn: Underwriting. Incluya el número de solicitud asignado en la carátula del fax. El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.

## Cálculos y pagos de primas

### Tarifa por la póliza por única vez

Se aplica una tarifa por la póliza por única vez de \$20.00, salvo en AK, AR y OR, y de \$6.00 en MS, para cada nueva solicitud. No se aplican cargos por solicitud a nuestras pólizas del Seguro complementario de Medicare ofrecido por Cigna Health and Life Insurance Company y Cigna National Health Insurance Company.

### Modos de las primas

Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral y mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario o factura de lista. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa.

Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales. [Ver “Modos de las primas del Seguro complementario de Medicare” en la página 62.](#)

### Clases de tarifas

Preferred (no consumidor de tabaco), Standard (consumidor de tabaco), Standard II (no consumidor de tabaco) y Standard III (consumidor de tabaco). En FL, consumidores y no consumidores de tabaco. Las clases de tarifas Standard II y Standard III se aplican únicamente a ARLIC, CHLIC y CNHIC. Loyal solo tiene tarifas Preferred y Standard.

### Cómo calcular las primas

Si no tiene una computadora a mano o no puede acceder a Express App, puede calcular las primas manualmente usando las siguientes instrucciones.

- Determine la edad de la persona asegurada mirando la fecha en que se firmó la solicitud, no la fecha de cobertura solicitada.
- Determine el área de tarifas correcta usando los tres primeros dígitos del código postal de su cliente.

- Decida qué modo de pago de la prima usará. Multiplique la prima anual por los factores aplicables para obtener la tarifa apropiada. *Ejemplo: \$1,200 (prima anual) x 0.520 (semestral) = \$624 tarifa semestral. Para ID, MI, MN y OR, la tarifa es 0.085.*
- Si se aplica el descuento por vivienda familiar, multiplique la prima por el descuento aplicable. Consulte la Tabla de disponibilidad de productos para conocer las tarifas con descuento específicas de cada estado.

### Herramientas de referencia adicionales

El sitio web para el programa Medicare, [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), contiene información acerca del programa. También contiene las publicaciones más populares mencionadas más abajo. Puede ver, imprimir o pedir publicaciones en línea, o llamando al **800.MEDICARE (800.633.4227)**. Algunas de estas publicaciones pueden imprimirse directamente desde el sitio web.

- Medicare y usted
- Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare
- Sus beneficios de Medicare

Muchas otras publicaciones también tienen información valiosa. Por ejemplo, National Underwriter Company actualiza todos los años su guía acerca del programa Medicare, *All About Medicare* (Todo sobre Medicare).

### Reemplazos internos

Los reemplazos internos dentro de la misma compañía y de un plan con mayores beneficios a un plan con menos beneficios tienen emisión garantizada, excluidos los Planes F a G. La evaluación de riesgos médicos se aplica a todas las otras situaciones de reemplazos internos.

## Programas para clientes y servicios con valor agregado

No todos los servicios adicionales se ofrecen en todos los estados; la disponibilidad puede variar. Los programas para clientes no pueden usarse como un incentivo para contratar una póliza de Seguro complementario de Medicare. Sin embargo, está permitido conversar sobre los programas para clientes o promoverlos durante el proceso de venta, si está aprobado en el folleto para consumidores. La información se incluye aquí solo a modo de referencia, en caso de que un agente reciba una pregunta del titular de una póliza. Consulte el folleto para consumidores del Seguro complementario de Medicare de su estado para obtener información, que puede compartirse en el momento de la venta.

Los clientes del Seguro complementario de Medicare reciben todos los detalles y la información de inscripción con su nuevo paquete de la póliza o el folleto de servicios con valor agregado, que se envía por correo después del paquete de la póliza. Los clientes existentes pueden comunicarse con Servicio al Cliente al [866.459.4272](tel:866.459.4272) para pedir todos los detalles.

Los programas para clientes no son beneficios del seguro garantizados con nuestras pólizas del Seguro complementario de Medicare, y se pueden agregar o interrumpir servicios. Todos los programas para clientes se brindan a través de terceros proveedores y no son administrados por ninguna de nuestras compañías subsidiarias.

### Inside Rx<sup>7,8</sup>

Una tarjeta de ahorros que ayuda a los clientes que pagan con fondos propios a reducir sus costos de medicamentos con receta al comprar medicamentos genéricos y de marcas no destacadas. Visite [www.insiderx.com/CSB](http://www.insiderx.com/CSB) para descargar una tarjeta y ahorrar hasta un 80%<sup>9</sup> en medicamentos. Gratis para los clientes y sin necesidad de inscripción. También hay descuentos en medicamentos para mascotas.

### Línea de Información sobre la Salud

Los clientes pueden utilizar la Línea de Información sobre la Salud de Cigna para hablar en forma individual con un asesor.<sup>10</sup> Los servicios

están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, durante todo el año, para obtener asesoramiento e información sobre la salud. Los clientes además pueden escuchar cientos de grabaciones útiles sobre temas relacionados con la salud de la biblioteca de audio.

### Programa de Ejercicio y Envejecimiento Saludable Silver&Fit<sup>®11</sup>

*Disponible únicamente para las compañías ARLIC y LOYAL.*

- ▶ Proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Los programas y servicios no están disponibles en todas las áreas.
- ▶ Acceso de bajo costo (\$25 por año de beneficios) a una red nacional de gimnasios.
- ▶ Clases grupales hechas para adultos mayores, donde se ofrezcan.
- ▶ Opción de bajo costo (\$10 por año de beneficios) para rutinas de ejercicios en el hogar utilizando hasta dos kits de acondicionamiento físico en el hogar, por año, de los 15 disponibles para elegir.
- ▶ Materiales sobre envejecimiento saludable por computadora o DVD.
- ▶ Boletines informativos cuatro veces al año.
- ▶ Silver&Fit Connected!<sup>™</sup>, una manera divertida y sencilla de llevar un registro del ejercicio físico en un establecimiento, o a través de un dispositivo ponible o una aplicación de acondicionamiento físico, y ganar recompensas. Las recompensas están sujetas a cambios; la compra de un dispositivo o una aplicación no está incluida.
- ▶ Herramientas de Internet adicionales, como búsqueda de establecimientos, artículos sobre la salud, desafíos y mucho más.

7. No disponible para los clientes a quienes se les emitió una póliza en Oregon.

8. LA TARJETA DE DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS CON RECETA INSIDE RX NO ES UN SEGURO. No puede ser utilizada por personas cubiertas por programas con financiamiento estatal o federal, como Medicare, Medicaid o Tricare, para comprar **medicamentos destacados** de Inside Rx, incluso si se procesan fuera del beneficio como si se tratara de un paciente sin seguro (que paga en efectivo). No puede usarse con ningún beneficio del seguro ni con programas de asistencia para copagos. La tarjeta Inside Rx Pets es para uso exclusivo con recetas escritas y despachadas para animales en una farmacia participante.

9. Los ahorros promedio se basan en el uso y en datos de Inside Rx en comparación con los precios en efectivo; los ahorros promedio para todos los genéricos son del 78% y del 37% para determinados medicamentos de marca; se aplican restricciones.

10. Los asesores médicos tienen una licencia de enfermería vigente en al menos un estado, pero no ejercen la enfermería ni proporcionan asesoramiento médico en calidad de asesores médicos en ningún caso.

11. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). No todos los programas y servicios están disponibles en todas las áreas. Silver&Fit y Silver Slate son marcas comerciales de ASH registradas en el ámbito federal.

## Healthy Rewards® de Cigna<sup>12</sup>

Un programa de descuentos para ayudar a los clientes a ahorrar en programas de salud y bienestar. Los programas de Healthy Rewards son independientes de los beneficios médicos.

- › Exámenes de la vista y anteojos/lentes de contacto: Pearle Vision®, JCPenney Optical®, Sears® Optical, etc.
- › Aparatos auditivos y exámenes de audición: ofrecidos a través de Amplifon Hearing Health Care.
- › Medicina alternativa: atención quiropráctica, acupuntura, fisioterapia y servicios de masajes.

### Programas de control del peso y alimentación.

- › Ahorre hasta un 25% en los servicios de un dietista registrado: reúname con un experto en alimentos y nutrición que puede personalizar un plan para sus necesidades nutricionales y médicas específicas.
- › Envío gratis en Mom's Meals: disfrute de comidas preparadas que se entregan en el hogar, refrigeradas y por un precio razonable, adaptadas a sus necesidades relacionadas con la salud.

### El programa Active&Fit Direct<sup>TM13</sup>

Exclusivo para clientes de CHLIC y CNHIC.

- › Acceso a más de 10,000 gimnasios de todo el país por \$25/mes (más una matrícula de inscripción de \$25 y los impuestos aplicables). Los centros participantes forman parte de American Specialty Health Networks y Choose Healthy.

## Programa de ahorro en las primas USA Senior Care Network

*Bajo ninguna circunstancia se puede hablar del programa USA Senior Care Network antes de la venta.*

El titular de una póliza puede cumplir con los requisitos para recibir un crédito de \$100 sobre el pago de una prima futura en caso de que tenga una estadía como paciente internado en un centro de USA Senior Care Network participante que requiera el pago de un deducible de la *Parte A*. El uso de la red no es restrictivo y no afecta la libertad del titular de la póliza de visitar a cualquier proveedor que acepte Medicare. Este programa es simplemente una oportunidad de ahorro. Los titulares de pólizas pueden verificar la disponibilidad y buscar hospitales que formen parte de USA Senior Care Network llamando a USA Senior Care al [800.872.3860](tel:800.872.3860).

*Este programa no está disponible para el Plan A y determinados planes de Seguro complementario de Medicare. Recomiende a los titulares de pólizas del Seguro complementario de Medicare que consulten su folleto de servicios adicionales para obtener más información.*

12. Los programas de Healthy Rewards son independientes de los beneficios del Seguro complementario de Medicare. Un programa de descuentos NO es un seguro, y el asegurado debe pagar la totalidad del cargo con descuento. Algunos de los programas Healthy Rewards no están disponibles en todos los estados, y los programas pueden interrumpirse en cualquier momento. Los proveedores participantes son contratistas independientes exclusivamente responsables de la atención o los servicios que brinden.

13. Más una matrícula de inscripción de \$25 e impuestos aplicables. Este es un programa de descuentos y NO es un seguro. Este programa es independiente de los beneficios de su plan médico. Usted está obligado a pagar la totalidad del cargo con descuento. ASH es una compañía/entidad independiente que es exclusivamente responsable del programa Active&Fit Direct. ASH no es afiliada de Cigna. Consulte siempre a su médico antes de comenzar un nuevo programa de ejercicios. Su participación en este programa puede estar sujeta a términos y condiciones del programa y queda bajo su exclusiva responsabilidad. El programa Active&Fit Direct es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH).



## **PÓLIZA DENTAL, DE LA VISTA Y DE LA AUDICIÓN FLEXIBLE CHOICE**

**Beneficios para ayudar a sus clientes a cubrir los gastos de servicios dentales, de la vista y de la audición.**



## Introducción a la póliza dental, de la vista y de la audición Flexible Choice

Nuestro producto de cobertura dental, de la vista y de la audición Flexible Choice está diseñado para clientes de 18 a 89 años, e incluye beneficios para gastos dentales, de la vista y de la audición. Los titulares de pólizas pueden visitar a cualquier proveedor que elijan y aprovechar tarifas prenegociadas y descuentos usando la amplia red nacional de proveedores de cuidado dental de Careington Maximum Care PPO. Los beneficios cubiertos pueden dividirse en las siguientes categorías: dentales, de la vista y de la audición.

### Características

- Edades para la emisión: 18–89.
- Esta póliza puede brindar cobertura a personas, parejas y familias.
- Ocho beneficios disponibles en incrementos de \$500 que van de \$1,000 a \$4,000 y \$5,000 por persona. *Debe ser igual para todas las personas aseguradas y es igual para todas las edades.*
- Opciones de pólizas con deducibles bajos de \$0, \$50 o el máximo de \$100 por año de la póliza, por persona.<sup>14</sup>
- Se puede elegir una opción de suspensión del deducible de \$100 al momento de la solicitud. La opción de suspensión solo está disponible para un deducible de \$100.
- Posibilidad de renovación: Renovación garantizada de por vida.<sup>15,16</sup>
- No se cobra una tarifa anual por la póliza.
- Cuando un miembro agota los beneficios de su póliza para el año de la póliza, de todos modos puede visitar a un proveedor de la red y recibir beneficios a las tarifas prenegociadas de la red.
- La mayoría de los beneficios aumentan durante los primeros cuatro años de cobertura, según el siguiente cuadro. El cuarto año, los miembros pagan de su bolsillo solo el 10% de la tarifa del servicio.<sup>17</sup>
- No hay límite de gastos anuales ni restricciones a la cantidad de veces que los miembros pueden usar los descuentos para los programas de cuidado de la vista y de la audición.<sup>18</sup>

Beneficios dentales	El plan paga	Beneficios de cuidado de la vista	El plan paga
<b>Clase 1 (Servicios preventivos)</b>		Período de espera: 6 meses para todos los servicios.	
Año 1	60%	Año 1	60%
Año 2	70%	Año 2	70%
Año 3	80%	Año 3	80%
Año 4 en adelante	90%	Año 4 en adelante	90%
<b>Clase 2 (Servicios básicos)</b>		<b>Beneficios de audición</b>	<b>El plan paga</b>
Año 1	60%	Período de espera: 12 meses para todos los servicios.	
Año 2	70%	Año 1	0%
Año 3	80%	Año 2	70%
Año 4 en adelante	90%	Año 3	80%
<b>Clase 3 (Servicios de mayor envergadura)</b>		Año 4 en adelante	90%
Período de espera: 12 meses.			
Año 1	0%		
Año 2 en adelante	60%		

14. Debe alcanzarse el deducible antes de que se paguen beneficios por cualquier tratamiento dental, de la vista o de la audición.

15. La póliza no puede darse de baja por ningún motivo que no sea la falta de pago de la prima o la tergiversación sustancial de la información en la solicitud del seguro.

16. Sujeto al derecho de la compañía de aumentar las primas en forma colectiva.

17. No incluye beneficios dentales por servicios de restauración de mayor envergadura, que permanecen en el 60%.

18. Los miembros deben usar un proveedor dentro de la red nacional a fin de recibir los descuentos en los servicios de cuidado de la vista y de la audición.

## Períodos de espera

- › El período de espera de 12 meses para los servicios dentales de Clase 3 no se aplica si el solicitante está reemplazando la cobertura dental. Si este período no se aplica, los servicios de mayor envergadura están cubiertos un 60% en el año 1 y todos los años restantes.

- › El período de espera para beneficios de la vista de 6 meses no puede dejar de aplicarse en ningún caso.
- › El período de espera para beneficios de audición de 12 meses no puede dejar de aplicarse en ningún caso.

## Opciones del plan

### Máximos anuales

Posibilidad de elegir una de ocho opciones: \$1,000, \$1,500, \$2,000, \$2,500, \$3,000, \$3,500, \$4,000 y \$5,000.

### Deducibles

Posibilidad de elegir una de cuatro opciones: \$0, \$50, \$100 y \$100 con suspensión del deducible.

### Suspensión del deducible

Si se elige esta opción, el deducible anual de la póliza de \$100 se reduce un tercio cada año, independientemente del historial de reclamos. La suspensión del deducible se aplica a toda la póliza. A partir del cuarto año, el deducible del cliente es de \$0.

Año	Deducible
1	\$100.00
2	\$66.66
3	\$33.33
4 en adelante	\$0.00

### Cuidado preventivo

- › Posibilidad de contratar cobertura del 60%, 70%, 80% o 90% en los años 1/2/3/4 en adelante, sin período de espera
- › Posibilidad de contratar cobertura del 100% para todos los años
- › No se aplica un período de espera a los servicios dentales de rutina

### Cancelación del período de espera

Posibilidad de no aplicar el período de espera para los servicios de Clase 3 con prueba de cobertura dental anterior.

## El proceso de venta

La póliza dental, de la vista y de la audición Flexible Choice puede venderse como una póliza independiente y no necesariamente con una póliza nueva ni a un cliente existente de CSB.

### Herramientas de venta

- › Resumen de la cobertura.
- › Folleto de capacitación para agentes. *Opcional.*
- › Folleto. *Opcional.*
- › Folleto de situaciones para clientes. *Opcional.*
- › [MyPolicyHQ.com](http://MyPolicyHQ.com)
- › Paquete de solicitud.
- › Folleto de tarifas.

- › Express App

La comercialización, las ventas o las ofertas de pólizas de seguros no relacionados con la salud, p. ej., de vida, de accidentes o de ingresos por incapacidad, no pueden llevarse a cabo si se basan exclusivamente en el uso de información sobre la salud protegida en virtud de la HIPAA de una persona asegurada conforme a una póliza de salud anterior o existente.

### Formularios obligatorios

El Cuadernillo de solicitud incluye formularios para el punto de venta que deben enviarse a la oficina central, incluidos:

- › La solicitud. *La fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 90 días después de la fecha de firma de la solicitud.*

- › Acuerdo preautorizado para transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). *Giro bancario.*
- › Aviso en virtud de la HIPAA.
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*

El cuadernillo para clientes debe entregarse al solicitante en el momento de la venta. Incluye lo siguiente:

- › Resumen de la cobertura
- › Aviso importante para las personas que tienen Medicare. *Si corresponde.*
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*
- › Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare. *Si corresponde.*

El uso de un cuadernillo para clientes se exige en todos los estados. Escriba un mensaje de correo electrónico al [Departamento de Suministro a CSBSupplies@Cigna.com](mailto:Departamento de Suministro a CSBSupplies@Cigna.com) o visite AgentView para obtener el formulario del Cuadernillo para clientes apropiado para el estado correspondiente. Cómo elegir una póliza de Medigap: La Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare se exige solo si la persona cumple con los requisitos para Medicare.

## Tarifas

Las primas se basan en la edad para la emisión y se dividen en franjas de 18 a 49 años y de 50 a 89 años.

- › Las tarifas no difieren según el sexo ni el consumo de tabaco.
- › Hay seis modos disponibles para el pago de las primas: anual, semestral, trimestral, mensual, bimensual y quincenal. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario, y el quincenal, mediante inscripción/solicitud impresa. Todos los demás modos están disponibles mediante giro bancario y factura directa.
- › No se cobra una tarifa por la póliza ni una matrícula de inscripción.
- › Las tarifas están garantizadas durante los primeros 12 meses.
- › Para determinar la prima correcta, las tarifas se basarán en la edad del solicitante de mayor edad.



## **SEGURO DE VIDA ENTERA INDIVIDUAL**

**Beneficios para ayudar a sus clientes a proteger sus intereses financieros.**

## Introducción al Seguro de vida entera individual

Nuestra póliza de Seguro de vida entera individual está diseñada para ayudar a sus clientes a prepararse para una amplia gama de necesidades y proteger lo que es más importante para ellos. Nuestras pólizas de Seguro de vida entera individual ofrecen primas de nivel garantizado, a la vez que acumulan un monto de ahorro a partir del tercer año, al que puede acceder mediante un préstamo sobre la póliza o un rescate en efectivo.

### Características básicas

- › Edades para la emisión: 50–85 años.
- › Cantidades de beneficios disponibles: \$2,000–\$25,000 en incrementos de \$1,000; pueden incluir otras cantidades de beneficios incrementales como \$2,500, \$7,500 y \$12,500. La cantidad del beneficio máximo es de \$25,000.
- › No se cobra una tarifa anual por la póliza.
- › Monto de ahorro: El monto de ahorro neto debe pagarse si la persona asegurada alcanza los 121 años de edad. Es posible que la póliza no reúna los requisitos para ser considerada un seguro de vida una vez que la persona asegurada haya alcanzado los 121 años conforme a la legislación federal en materia de impuestos y que esté sujeta a consecuencias fiscales adversas. Se debería consultar a un asesor fiscal.
- › Las primas no aumentarán.
- › Descuento del 5% en la prima del cónyuge.<sup>19</sup>

### Planes de beneficios

Dos planes de beneficios, Uniformes o Modificados, permiten cubrir una amplia variedad de condiciones médicas. La póliza del Seguro de vida se asegurará en función de las respuestas a las preguntas médicas de la solicitud, que determinarán la elegibilidad para beneficios Uniformes o Modificados. El plan de beneficios uniformes le pagará la cantidad total del beneficio por muerte al beneficiario elegido en caso de que el cliente muera. El plan de beneficios uniformes incluye automáticamente una cláusula adicional de beneficio adelantado por enfermedad terminal. Si a su cliente se le diagnostica una enfermedad terminal, puede solicitar un porcentaje del beneficio por muerte de la póliza, que no podrá superar el 50%, que se le pagará en una suma global antes de su muerte.<sup>20</sup>

El plan de beneficios modificados tiene niveles ajustados de cobertura para los primeros dos años de vigencia de la póliza, como se indica en la tabla a continuación.<sup>20</sup>

Pérdida de la vida causada por:	Cantidad del beneficio por muerte
Muerte accidental mientras esté vigente la cobertura	El 100% del beneficio
Muerte no accidental dentro de los primeros dos años de vigencia de la cobertura	El 100% de las primas pagadas + el 10%
Muerte no accidental después de tener cobertura durante dos años o más	El 100% del beneficio

## Cláusula adicional opcional

### Cláusula adicional de Beneficio para muerte accidental hasta los 100 años<sup>21</sup>

Formulario ICC14-LY-ADBR

Ofrecemos nuestra cláusula adicional de Beneficio para muerte accidental hasta los 100 años con cantidades de beneficios que van de los \$10,000 a los \$50,000, si la muerte se produce dentro de los 180 días posteriores a una lesión accidental y como resultado directo de dicha lesión mientras la persona está

cubierta por la póliza y esta cláusula adicional está vigente. Si la muerte se produce como consecuencia de la lesión accidental una vez que la cláusula adicional ha vencido, este beneficio será pagadero siempre que la persona haya sufrido la lesión accidental mientras la cláusula adicional estaba en vigor y que la muerte se produzca dentro de los 180 días posteriores a la lesión.<sup>20</sup>

19. Disponible únicamente si ambas personas lo solicitan en la misma solicitud.

20. Sujeto a todos los términos y condiciones de la póliza y/o la cláusula adicional.

21. Cláusula adicional disponible por una prima adicional.

## El proceso de venta

La póliza del Seguro de vida entera individual puede venderse como una póliza independiente y no necesariamente con una póliza nueva del Seguro complementario de Medicare ni a un cliente existente de CSB que tenga un Seguro complementario de Medicare.

### Herramientas de venta

- › Capacitación sobre prevención del lavado de dinero (AML, por sus siglas en inglés): Obligatoria antes de la venta de nuestro producto de Seguro de vida entera. [Ver “Capacitación sobre prevención del lavado de dinero \(AML\)” en la página 19.](#)

- › Folleto de capacitación para agentes opcional
- › Paquete de solicitud
- › Folleto de tarifas
- › Express App

La comercialización, las ventas o las ofertas de pólizas de seguros no relacionados con la salud, p. ej., de vida, de accidentes o de ingresos por incapacidad, no pueden llevarse a cabo si se basan exclusivamente en el uso de información sobre la salud protegida en virtud de la HIPAA de una persona asegurada conforme a una póliza de salud anterior o existente.

## Capacitación sobre prevención del lavado de dinero (AML)

### Capacitación obligatoria

Si usted es un agente que vende productos de seguro de vida, se le exige que reciba capacitación sobre prevención del lavado de dinero. El curso no tendrá ningún costo para usted. Si no completa esta capacitación, no podremos procesar las solicitudes de productos de Seguro de vida entera de sus clientes, incluidas las cláusulas adicionales de monto de ahorro para cualquier producto de seguro. Es posible que haya completado una capacitación similar con otros proveedores o aseguradoras; sin embargo, CSB exige que complete los cursos de LIMRA que se mencionan a continuación.

### Instrucciones sobre la capacitación de LIMRA

Visite <https://aml.limra.com> para acceder al sitio web de los cursos. Su nombre de usuario es su Número de vendedor nacional (NPN, por sus siglas en inglés).

Si es la primera vez que accede al curso, su contraseña es su apellido, en letra minúscula. Después se le indicará que cambie su contraseña e ingrese su nombre de usuario en los espacios proporcionados. La función de inicio de sesión distingue mayúsculas y minúsculas. Si accedió previamente al sitio de LIMRA, use la contraseña que haya creado en esa oportunidad.

Si no recuerda su contraseña, puede recibir ayuda en línea a través del vínculo *Forgot Your Password?* (¿Olvidó su contraseña?). Si tiene algún problema para registrarse para la capacitación sobre AML, escriba un mensaje de correo electrónico a nuestro Departamento de Otorgamiento de Licencias a los Agentes, a [CSBLicensing@Cigna.com](mailto:CSBLicensing@Cigna.com), y recibirá una respuesta dentro de las 72 horas.

Complete uno de los siguientes cursos.

- › Prevención del lavado de dinero para vendedores de seguros. Complete este curso si es la primera vez que completa un curso sobre AML a través de LIMRA.
- › El fraude en el lavado de dinero: prevención del lavado de dinero para la revisión de seguros. Complete este curso si ya realizó la capacitación sobre prevención del lavado de dinero para vendedores de seguros a través de LIMRA. Hay dos versiones del curso disponibles, una con Flash habilitado y la otra sin esta opción. Debe completar únicamente una de estas versiones.

CSB recibirá automáticamente la notificación de que completó el curso. Usted no recibirá un certificado por completar el curso. La página de inicio indica si usted ha completado o no el material asignado.

Si tiene alguna pregunta técnica sobre cómo acceder al sitio de LIMRA o navegar por él, escriba un mensaje de correo electrónico al servicio de asistencia del socio de soporte técnico de LIMRA, a [support@cfmpartners.com](mailto:support@cfmpartners.com), o llame al 866.364.2380. [Ver “Guía para vendedores sobre el programa de prevención del lavado de dinero para agentes y vendedores de las compañías de seguros de vida que comprende Cigna Supplemental Benefits \(CSB\)” en la página 64.](#)

## Cálculos y pagos de primas

### Tarifa anual por la póliza

No se cobra una tarifa anual por la póliza para el Seguro de vida entera individual.

### Modos de las primas

Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral o mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa.

Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales. [Ver “Modos de las primas del Seguro de vida entera individual” en la página 62.](#)

### Cómo calcular las primas

Si no tiene una computadora a mano o no puede acceder a Express App, puede calcular las primas manualmente usando las siguientes instrucciones.

- › Determine la edad de la persona asegurada mirando la fecha en que se firmó la solicitud, no la fecha de cobertura solicitada.
- › Busque las tarifas para los factores modales que no se muestran y multiplique la tarifa anual por el factor modal indicado a continuación.

### Descuento por cónyuge

Si el solicitante presenta una solicitud conjunta con su cónyuge/pareja de hecho, se puede aplicar un descuento por cónyuge del 5%. Siga las instrucciones que aparecen a continuación para calcular la tarifa con descuento.

Para determinar la prima correcta y las tarifas para parejas, la tarifa por cónyuge con descuento siempre se aplicará al solicitante más joven. Cualquiera de los dos cónyuges puede aparecer como el solicitante primario; sin embargo, la tarifa con descuento solo puede aplicarse al solicitante más joven. Si se ingresa la prima incorrecta, el procesamiento se demorará y será necesario presentar una nueva solicitud corregida.

Use la tarifa que se muestra en la tabla de tarifas correspondiente a la edad, el nivel de beneficios, etc. Multiplique la tarifa que reúna los requisitos para el descuento por cónyuge por 0.95 (95%).

*Ejemplo: \$44.75 (tarifa de la lista) x 0.95 (descuento por cónyuge) = \$42.51. Esta es la tarifa con descuento que debería ingresar en la solicitud.*

## Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos

Todas las solicitudes deben incluir una evaluación de riesgos médicos completa. Nuestro proceso de evaluación de riesgos médicos incluye una verificación telefónica, verificación de medicamentos recetados, Lista de medicamentos que son causales de denegación (DDL) con los medicamentos correspondientes obtenidos de la verificación de medicamentos recetados y una verificación con la Medical Information Bureau (MIB). [Ver “Verificación telefónica \(PV\)” en la página 48.](#)

- › Preguntas 1-7: Si el cliente responde que “sí” a alguna de estas preguntas, CSB no podrá emitir la póliza
- › Preguntas 8-11: Si el cliente responde que “sí” a alguna de estas preguntas, puede recibir cobertura del plan de beneficios modificados
- › Si el cliente responde que “no” a todas las preguntas, puede recibir cobertura del plan de beneficios modificados
- › El solicitante no está tomando ninguno de los medicamentos incluidos en nuestra DDL

(CSB-9-0017-IWL) para el uso indicado únicamente. Exigiremos una carta firmada y fechada por el médico que emitió la receta si el solicitante está tomando o ha tomado recientemente un medicamento de esta lista para un uso distinto del mencionado en la lista. Esta carta debe indicar la condición para la cual se está tomando el medicamento y debe aclarar que el solicitante no tiene la condición incluida en esta lista que es causal de denegación. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la cobertura se deniegue.

- › Cuando verifique si su cliente toma algún medicamento de la DDL (CSB-9-0017-IWL), siempre debe determinar cómo se usa ese medicamento. Los medicamentos con receta pueden usarse por múltiples motivos. La asegurabilidad se basa en las condiciones mencionadas en la solicitud propiamente dicha. Nuestro departamento de evaluación de riesgos médicos tomará la determinación definitiva en todos los casos.

## Para cumplir con los requisitos para el plan de beneficios uniformes

- › Se debe responder que “no” a todas las preguntas de la Sección VII.
- › La insuficiencia cardíaca congestiva y la miocardiopatía son condiciones causales de denegación.

## Para cumplir con los requisitos para el plan de beneficios modificados

- › Se puede responder que “sí” a las preguntas 8-11 de la Sección VII.
- › Diagnóstico o tratamiento de cáncer (salvo el carcinoma de células basales) entre uno y cuatro años antes.
- › En los últimos dos años, diagnóstico o tratamiento de:
  - Enfisema
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
  - Bronquitis crónica
  - Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (AIT)
  - Esclerosis múltiple (EM)
  - Enfermedad de Parkinson
  - Enfermedad renal que no sea infección o cálculos renales
- › En los últimos 12 meses, diagnóstico, asesoramiento o recomendación de solicitar tratamiento para:
  - Alcoholismo
  - Abuso del alcohol
  - Tratamiento del abuso de drogas o sustancias
  - Asesoramiento o recomendación de solicitar tratamiento
- › Diagnóstico o tratamiento por: Tener diabetes antes de los 30 años, complicaciones de la diabetes o diabetes que requiere más de 50 unidades de insulina para controlarse.

Para todas las apelaciones se requiere una carta firmada y fechada con membrete del médico tratante/que emite las recetas que descarte la condición causal de denegación. Para las denegaciones basadas en el medicamento que toma el solicitante, la carta debe descartar la condición causal de denegación e indicar el motivo por el cual se recetó el medicamento. Las apelaciones deben enviarse por fax al [855.239.8763](tel:855.239.8763), Attn: Underwriting. Incluya el número de solicitud asignado en la carátula del fax. El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.



## SEGURO FLEXIBLE CHOICE PARA CÁNCER Y ATAQUE AL CORAZÓN

Beneficios con pago de una suma global para ayudar a cubrir los gastos derivados del cáncer y un ataque al corazón, derrame cerebral u otras condiciones relacionadas con el corazón.



# Introducción al Seguro Flexible Choice para cáncer, ataque al corazón y derrame cerebral

## Características básicas

- › Edades para la emisión: 18–99 años.
- › Cantidades de beneficios disponibles: \$5,000–\$75,000. Debe ser igual para todas las personas aseguradas. Consulte las Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos para cualquier cantidad de beneficios que supere los \$50,000.
- › Posibilidad de renovación: Renovación garantizada de por vida.<sup>22</sup>
- › Cláusulas adicionales disponibles, por una prima adicional: cáncer con pago de una suma global, recurrencia de cáncer, incremento de beneficios por cáncer con pago de una suma global, radiación y quimioterapia, ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global,

recuperación de un ataque al corazón y derrame cerebral, incremento de beneficios por ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global, indemnidad hospitalaria, indemnidad para unidad de cuidados intensivos, indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, enfermedad específica, beneficio de indemnidad fijo por accidente y devolución de primas.<sup>23</sup>

## Condiciones preexistentes

No se pagarán beneficios durante los primeros 12 meses por ninguna pérdida causada por una condición preexistente. Los períodos de condiciones preexistentes pueden variar de un estado a otro. Consulte las Exclusiones y limitaciones en el folleto.

## Cáncer

*Disponible como una cláusula adicional de una póliza básica para ataque al corazón/derrame cerebral.*

Nuestro Seguro Flexible Choice para cáncer brinda un beneficio en una suma global pagadero al recibirse el diagnóstico de cualquier tipo de cáncer. Las cantidades de beneficios, que van de \$5,000 a \$75,000, se pagan directamente a la persona asegurada o a quien esta designe.

## Reducción de los beneficios

Hay un beneficio reducido durante los primeros 30 días inmediatamente siguientes a la fecha de entrada en vigor de la póliza y/o cláusula adicional. Si a la persona asegurada se le diagnostica cáncer o carcinoma localizado dentro de los primeros 30 días, pagaremos un 10% de la cantidad del beneficio cuando reciba el diagnóstico de cáncer. Si se paga este beneficio reducido, la cobertura para la persona asegurada en virtud de la póliza finalizará.

## Ataque al corazón y derrame cerebral

*Disponible como una cláusula adicional de una póliza básica para cáncer.*

Nuestro Seguro Flexible Choice para ataque al corazón/derrame cerebral brinda un beneficio en una suma global pagadero al recibirse un diagnóstico o procedimiento en virtud de la póliza para cualquiera de los eventos habilitantes. Las cantidades de beneficios, que van de \$5,000 a \$75,000, se pagan directamente a la persona asegurada o a quien esta designe. La cantidad pagadera por cada evento habilitante es el porcentaje multiplicado por la cantidad del beneficio seleccionada. La

cantidad pagadera por eventos habilitantes subsiguientes es el porcentaje pagadero o el 100% menos el porcentaje de la cantidad del beneficio recibida por todos los eventos habilitantes previos, la suma que sea menor. Si la persona asegurada recibe un pago parcial por un procedimiento, el porcentaje restante, hasta un total del 100%, puede pagarse por un evento habilitante. [Ver “Cantidad del beneficio de los eventos habilitantes para la póliza por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global” en la página 62” en la página 62.](#)

22. Sujeto al derecho de la compañía de aumentar las primas en forma colectiva.

23. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte su póliza en su estado.

## Derrame cerebral

Derrame cerebral significa un accidente cerebrovascular agudo (debido a una ruptura u oclusión aguda de una arteria cerebral) que produce un deterioro neurológico y que tiene como resultado una parálisis u otro déficit neurológico objetivo mensurable, diagnosticado en forma positiva por un médico y que dura, al menos, treinta (30) días.

Esta definición de derrame cerebral excluirá específicamente ataques isquémicos transitorios, ataques de isquemia vertebrobasilar, lesiones en la cabeza, insuficiencia cerebrovascular crónica y déficits isquémicos neurológicos reversibles. El diagnóstico debe ser realizado por un médico que sea un neurólogo certificado.

## El proceso de venta

### Formularios obligatorios

El Cuadernillo de solicitud incluye formularios para el punto de venta que deben enviarse a la oficina central, incluidos:

- › La solicitud. La fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 90 días después de la fecha de firma de la solicitud.
- › Acuerdo preautorizado para EFT (giro bancario)
- › Aviso en virtud de la HIPAA.
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*

El Cuadernillo para clientes debe entregarse al solicitante en el momento de la venta. Incluye lo siguiente:

- › Resumen de la cobertura
- › Aviso importante para las personas que tienen Medicare. *Si corresponde.*
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*
- › Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare. *Si corresponde.*

*El uso de un cuadernillo para clientes se exige en todos los estados.* Consulte al [Departamento de Suministro, CSBSupplies@Cigna.com](mailto:CSBSupplies@Cigna.com), o visite AgentView para obtener el formulario del Cuadernillo para clientes apropiado para el estado correspondiente. **Cómo elegir una póliza de Medigap:** La Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare se exige solo si la persona cumple con los requisitos para Medicare.

### Para agentes de Massachusetts únicamente

El estado de Massachusetts exige capacitación para cualquier agente que venda productos de seguro para enfermedades específicas. Esto incluiría cualquiera de los productos de seguro para cáncer y ataque al corazón/derrame cerebral de Cigna Supplemental Benefits (CSB), incluidas las cláusulas adicionales.

- › [Video de capacitación obligatoria para productos de seguro para enfermedades específicas y Formulario de certificación.](#)

### Tarifas

- › Las primas se basan en la edad para la emisión y se dividen en franjas de 18 a 29 años y, luego, franjas de cinco años de los 30 a los 99 años.
- › Las tarifas no difieren según el sexo ni el consumo de tabaco.
- › Las tarifas están garantizadas durante los primeros 12 meses.
- › Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral y mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario o factura de lista. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa. La factura directa no está disponible para el pago mensual. [Ver “Modos de las primas del Seguro Flexible Choice para cáncer y ataque al corazón, y tratamiento para accidentes” en la página 62.](#)
- › Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales.
- › La cantidad de la cláusula adicional de beneficio por recurrencia de cáncer y la cláusula adicional de beneficio por recuperación de ataque al corazón/derrame cerebral debe coincidir con la cantidad de la póliza básica correspondiente.
- › No se cobra una tarifa por la póliza ni una matrícula de inscripción.
- › La cantidad de la prima mensual mínima es \$8.
- › Para calcular la prima de cualquier modo, multiplique la prima mensual por el factor.

## Beneficios opcionales<sup>24</sup>

### Cláusula adicional de beneficios para radiación y quimioterapia

Esta cláusula adicional es una opción de póliza para cáncer híbrida, con un costo razonable. La cláusula adicional de beneficios para radiación y quimioterapia paga por el tratamiento de radiación y quimioterapia. Solo puede contratarse con la cláusula adicional por recurrencia de cáncer. Consulte su resumen de la cobertura para ver una lista completa de beneficios.

### Cláusulas adicionales de incremento de beneficios por cáncer y ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Estas cláusulas adicionales pueden agregarse a la póliza por cáncer con pago de una suma global y a la póliza por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global para aumentar gradualmente la cantidad del beneficio a lo largo del tiempo. Cada año, en la fecha de aniversario de la cláusula adicional, aumentaremos la cantidad del beneficio de la póliza a razón de \$500 o \$1,000 mientras la cláusula adicional permanezca vigente. Esta cantidad del beneficio anual seguirá incrementándose cada año hasta la fecha del aniversario número 35 de la cláusula adicional.

Las cláusulas adicionales de incremento de beneficios aumentan únicamente la cantidad del beneficio de la póliza básica y una vez que la póliza básica se agota (se pagaron el 100% de los beneficios), los beneficios dejan de incrementarse. Las cláusulas adicionales de incremento de beneficios no aumentan el valor de otras cláusulas adicionales, como la de recurrencia de cáncer o recuperación de un ataque al corazón.

### Enfermedad específica/enfermedad crítica

Pagaremos, como máximo, la cantidad del beneficio en una suma global que haya elegido el cliente cuando un médico le diagnostique una de las enfermedades específicas cubiertas.

- › Demencia por Alzheimer
- › Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- › Ceguera
- › Estado de coma
- › Insuficiencia renal terminal
- › Pérdida de la audición
- › Pérdida del habla
- › Trasplante de un órgano principal
- › Esclerosis múltiple (EM)

- › Parálisis
- › Quemaduras graves

Los beneficios van desde los \$5,000 hasta los \$50,000. Consulte su resumen de la cobertura para ver una lista completa de beneficios.

### Indemnidad fija por accidente

Esta cláusula adicional paga un beneficio de indemnidad fijo cuando usted sufre lesiones cubiertas en un accidente cubierto. Esta cláusula adicional también incluye beneficios por muerte y desmembramiento accidental. Las edades para la emisión van de los 18 a los 74 años y la renovación está garantizada hasta los 80 años.<sup>22</sup> Consulte su resumen de la cobertura para ver una lista completa de los beneficios.

### Cláusula adicional de beneficio por recurrencia de cáncer

*Solo está disponible con una póliza básica para cáncer.*

Paga un porcentaje de la cantidad del beneficio cuando se reciben diagnósticos adicionales de cáncer. El beneficio por recurrencia se aplica cuando se ha pagado el 100% de la cantidad del beneficio básico, y la persona asegurada no ha recibido asesoramiento ni tratamiento para el cáncer durante al menos 24 meses consecutivos desde la fecha del último diagnóstico. La cantidad del beneficio pagadera en virtud de esta cláusula adicional no puede superar un 100% adicional.

*Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$75,000, y deben ser iguales a la cantidad del beneficio básico. La elección del beneficio debe ser igual para todas las personas aseguradas.*

### Cláusula adicional de beneficio de recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral

*Solo está disponible con una póliza básica para ataque al corazón.*

Esta cláusula adicional paga un porcentaje de la cantidad del beneficio cuando se reciben diagnósticos o procedimientos adicionales de ataque al corazón, trasplante de corazón o derrame cerebral, como se muestra en la tabla de la póliza básica para ataque al corazón/derrame cerebral. El beneficio de recuperación se aplica cuando se ha pagado el 100% del beneficio original, y el cliente no ha recibido asesoramiento ni tratamiento de un médico para estos eventos habilitantes específicos durante al menos 24 meses desde la fecha del último diagnóstico o evento habilitante. El

24. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte el folleto y/o el Resumen de la cobertura para conocer todas las cantidades de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

cliente recibirá un 25% del beneficio si no ha recibido tratamiento durante 24 meses a cinco años, el 75% para cinco a 10 años, y el 100% después de 10 años. [Ver “Cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón/ derrame cerebral y cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global” en la página 62.](#)

*Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$75,000, y deben ser iguales a la cantidad del beneficio básico. La elección del beneficio debe ser igual para todas las personas aseguradas.*

### Cláusula adicional de devolución de primas

Paga el 100% del total de las primas pagadas por la póliza y las cláusulas adicionales, menos los reclamos pagados por la muerte de la persona asegurada primaria.

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria

Esta cláusula adicional proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que un cliente está internado en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo, incluida una internación en la unidad de cuidados intensivos o una unidad de cuidados coronarios. Los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para ningún período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

## Agregar cláusulas adicionales después de la venta de una póliza inicial<sup>24</sup>

Si el titular de una póliza tiene una póliza Flexible Choice para cáncer o ataque al corazón/derrame cerebral, puede solicitar agregar determinadas cláusulas adicionales a su póliza. Está permitido agregar a una póliza las siguientes cláusulas adicionales:

- La cláusula adicional de beneficio de indemnidad fijo por accidente puede agregarse a las pólizas para cáncer con pago de una suma global o para ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global
- La cláusula adicional de incremento de beneficios por cáncer con pago de una suma global puede agregarse a la póliza por cáncer con pago de una suma global
- La cláusula adicional de incremento de beneficios por ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global puede agregarse a la póliza por ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos

Proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos seleccionada por cada día que el cliente está internado en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. Los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para ningún período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos

*No puede venderse con la cláusula adicional de indemnidad hospitalaria ni la cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos.*

Esta cláusula adicional proporciona al cliente una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día de internación en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. Pagará el doble de la cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que una persona asegurada esté internada en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. Los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para ningún período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Proceso

#### Solicitud impresa

Se deberá usar una solicitud impresa para agregar cláusulas adicionales; las cláusulas adicionales no pueden agregarse en el sistema de inscripción. En la solicitud, seleccione la casilla de verificación que dice *Add Rider(s) to existing policy* (Agregar una o más cláusulas adicionales a la póliza existente).

#### Evaluación de riesgos médicos

El solicitante deberá cumplir con la evaluación de riesgos médicos apropiada (preguntas sobre antecedentes de salud) para agregar cláusulas adicionales.

#### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad fijo por accidente

No se requiere responder preguntas sobre antecedentes de salud

### **Cláusula adicional de incremento de beneficios por cáncer con pago de una suma global**

Solo se deben responder las preguntas obligatorias para la póliza por cáncer con pago de una suma global

### **Cláusula adicional de incremento de beneficios por ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global**

Solo se deben responder las preguntas obligatorias para la póliza por ataque al corazón y derrame cerebral con pago de una suma global

### **Comisiones**

El agente que agregue la cláusula adicional recibirá las comisiones del primer año sobre la nueva prima asociada con la(s) nueva(s) cláusula(s) adicional(es).

### **Otras consideraciones**

*Estas cláusulas adicionales pueden agregarse a los planes Flexible Choice vigentes antes del 1 de marzo de 2020, además de los planes vigentes después de esa fecha.*

*Si un cliente tiene una cláusula adicional de devolución de primas (ROP, por sus siglas en inglés) y agrega cláusulas adicionales después de la venta de la póliza inicial, el beneficio de ROP y la prima se ajustarán automáticamente de acuerdo con la(s) cláusula(s) adicional(es).*

## **Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos**

Se requiere una evaluación de riesgos médicos adicional, incluida una verificación de medicamentos con receta y una verificación telefónica en vivo, para todas las cantidades de beneficios que superen los \$50,000. Las cantidades menores de \$50,000 quedarán a discreción del evaluador. Se podrá emitir un máximo de \$75,000 para cada una de las siguientes categorías: cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y enfermedad específica (póliza básica y cláusulas adicionales). *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.* [Ver "Evaluación de riesgos médicos adicional" en la página 46.](#)

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura:

- › Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- › Complejo relacionado con el SIDA (CRS)
- › Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

### **Cáncer**

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional si el cliente ha recibido un diagnóstico, o asesoramiento o tratamiento médico dentro de los últimos cinco años.

- › Cáncer interno
- › Melanoma
- › Tumores malignos
- › Carcinoma localizado, aunque no incluye el cáncer de piel no melanoma, las lesiones premalignas ni los tumores benignos o pólipos

Cáncer en la sangre, que incluye, a modo de ejemplo:

- › Leucemia
- › Linfoma
- › Linfoma no Hodgkin
- › Síndrome mielodisplásico
- › Mieloma

Trastornos mieloproliferativos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- › Policitemia vera
- › Mielofibrosis idiopática crónica
- › Trombocitemia esencial

### **Ataque al corazón y derrame cerebral**

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional si el cliente ha recibido un diagnóstico, o asesoramiento o tratamiento médico dentro de los últimos cinco años.

Enfermedad o trastorno del corazón o el sistema circulatorio, condiciones cardíacas, trastornos de las válvulas cardíacas o coágulos sanguíneos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- › Aneurisma
- › Angina de pecho
- › Arterioesclerosis
- › Fibrilación/aleteo auricular
- › Bradicardia
- › Miocardiopatía
- › Arteriopatía
- › Accidente cerebrovascular

- › Enfermedad cardíaca congénita
- › Insuficiencia cardíaca congestiva
- › Cor pulmonale
- › Dextrocardia
- › Endocarditis
- › Miocarditis
- › Pericarditis
- › Aterosclerosis periférica
- › Contracciones ventriculares prematuras (CVP)
- › Fenómeno de Raynaud
- › Fiebre reumática
- › Taquicardia
- › Arteritis temporal
- › Tetralogía de Fallot
- › Tromboangeítis obliterante
- › Enfermedad tromboembólica
- › Hipertensión pulmonar
- › Diabetes asociada con el uso de insulina, excluida la diabetes gestacional, neuropatía o retinopatía
- › Presión arterial alta para la cual se han tomado conjuntamente tres o más medicamentos

## Cláusulas adicionales

Para todas las cláusulas adicionales, la decisión relativa a la evaluación de riesgos médicos será únicamente emitir o rechazar la cobertura. No se aplicarán exclusiones de beneficios o condiciones.

## Lista de medicamentos que son causales de denegación

La DDL de Supplemental Solutions (CSB-9-0017-LSCH) ayuda a los agentes a identificar posibles condiciones no asegurables.

*Exigiremos una carta firmada y fechada por el médico que emitió la receta si el solicitante está tomando o ha tomado recientemente un medicamento de esta lista para un uso que no está mencionado en esta solicitud. Esta carta debe indicar la condición para la cual se está tomando el medicamento y debe aclarar que el solicitante no tiene la condición incluida en esta lista que es causal de denegación. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la solicitud se deniegue.*

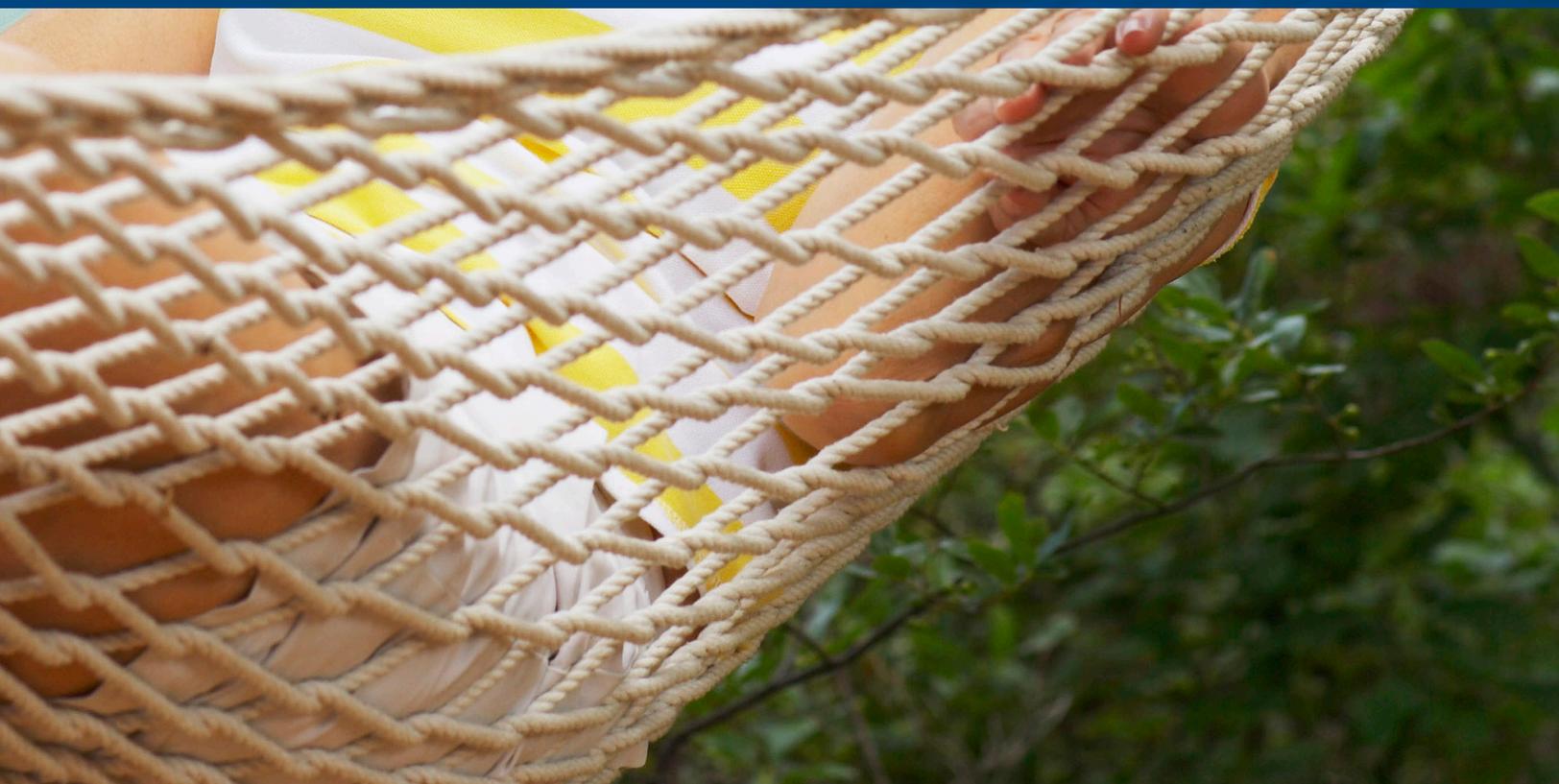
## Tabla de estatura y peso

Se usará una tabla de estatura y peso para los adultos que soliciten la póliza básica/cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral, la cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y la cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos. Esta tabla también se usará cuando se soliciten las cláusulas adicionales precedentes en virtud del producto Flexible Choice para cáncer. [Ver "Flexible Choice" en la pagina 61.](#)



## SEGURO DE INDEMNIDAD HOSPITALARIA FLEXIBLE CHOICE

Beneficios que protegen del alto costo de los gastos hospitalarios.



## Introducción a la indemnidad hospitalaria

Nuestra cobertura del seguro de indemnidad hospitalaria está diseñada para pagarle al titular de la póliza cantidades de beneficios específicas para una gama de servicios y costos relacionados con las hospitalizaciones. El producto Senior Choice está diseñado para los clientes de 50 años o más, e incluye beneficios para: transporte en ambulancia, visitas a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés), admisión hospitalaria, internación hospitalaria, uso de la sala de observación y centros de cuidados especiales.

### Características

- › Posibilidad de renovación: Renovación garantizada de por vida<sup>25</sup>
- › Cláusulas adicionales disponibles, por una prima adicional: cláusula adicional de beneficio de indemnidad fijo por accidente, cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global, cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral y recuperación con pago de una suma global, y cláusula adicional por enfermedad específica<sup>26</sup>
- › En el folleto de productos para clientes encontrará un cuadro con los beneficios que incluye cada opción del plan.

### Condiciones preexistentes

No se pagarán beneficios durante los primeros 12 meses por ninguna pérdida causada por una condición preexistente. Los períodos de condiciones preexistentes pueden variar de un estado a otro. Consulte las exclusiones y limitaciones en el folleto.

### Opciones del plan Senior Choice

Este producto se emite para personas de 50 a 85 años y ofrece tres planes con una cantidad de beneficios creciente para que sus clientes elijan: plan Senior Choice 1 (SC1), plan Senior Choice 2 (SC2) y plan Senior Choice 3 (SC3). Una vez que se selecciona un plan, sus clientes pueden elegir entre varias opciones de cantidades de beneficios que determinan cuánto le reembolsará el plan al titular de la póliza en caso de un servicio o evento cubierto.

Beneficio <sup>27</sup>	SC1	SC2	SC3	Notas
Internación hospitalaria (por día)	X	X	X	Beneficio diario de entre \$100 y \$450, disponible en incrementos de \$25. Período de beneficios de seis y 10 días disponible.
Sala de observación		X	X	\$100 por día. Límite de dos visitas por año.
Centro de cuidados especiales (por día)		X	X	\$100 para los días 21–100.
Admisión hospitalaria			X	Opción 1: \$250, Opción 2: \$500, Opción 3: \$750
Ambulancia (aérea)			X	Beneficio con pago de una suma global \$150. Límite de dos visitas por año combinado con ambulancia terrestre.
Ambulancia (terrestre)			X	Beneficio con pago de una suma global \$150. Límite de dos visitas por año combinado con ambulancia aérea.
Sala de emergencias			X	Beneficio con pago de una suma global \$50. Límite de dos visitas por año.

X significa que el plan incluye el beneficio.

## El proceso de venta

### Formularios obligatorios

El Cuadernillo de solicitud incluye formularios para el punto de venta que deben enviarse a la oficina central, incluidos:

- › Solicitud; la fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 90 días después de la fecha de firma de la solicitud.

25. Sujeto al derecho de la Compañía de aumentar las primas en forma colectiva.

26. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte el Resumen de la cobertura de su estado o nuestra Tabla de disponibilidad de productos para conocer la disponibilidad de cláusulas adicionales.

27. Los beneficios pueden variar de un estado a otro.

- › Acuerdo preautorizado para EFT (giro bancario)
- › Aviso en virtud de la HIPAA.
- › Aviso de reemplazo

El cuadernillo para clientes debe entregarse al solicitante en el momento de la venta. Incluye lo siguiente:

- › Resumen de la cobertura
- › Aviso importante para las personas que tienen Medicare.  
*Si corresponde.*

- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*
- › Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare.  
*Si corresponde.*

*El uso de un cuadernillo para clientes se exige en todos los estados. Visite AgentView para obtener el formulario del Cuadernillo para clientes apropiado para el estado correspondiente. Cómo elegir una póliza de Medigap: La Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare se exige solo si la persona cumple con los requisitos para Medicare.*

## Tarifas

Las primas se basan en la edad para la emisión y se dividen en franjas.

- › Tarifas únicas para la edad
- › Las tarifas no difieren según el sexo ni el consumo de tabaco
- › Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral y mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario o factura de lista. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa. [Ver “Modos de las primas para el tratamiento del cáncer” en la página 62.](#)

- › No se cobra una tarifa por la póliza ni una matrícula de inscripción.
- › Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales.
- › Las tarifas están garantizadas durante los primeros 12 meses.

## Beneficios opcionales<sup>28</sup>

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad fijo por accidente

Paga un beneficio de indemnidad por unidad en caso de muerte o desmembramiento accidental de una persona asegurada cubierta. El beneficio por desmembramiento se paga de acuerdo con la tabla proporcionada en el Resumen de la cobertura. Los planes disponibles son Prime, Advantage o Supreme. La cláusula adicional brinda beneficios adicionales por:

- › Quemaduras
- › Conmoción cerebral
- › Dislocación de articulaciones separadas
- › Tratamiento dental de emergencia
- › Lesión ocular
- › Fracturas de huesos
- › Laceración
- › Parálisis
- › Procedimientos quirúrgicos

- › Tratamiento de emergencia para accidentes
- › Ambulancia
- › Aparato
- › Recuperación en el hogar
- › Médico tratante
- › Sangre
- › Plasma y plaquetas
- › Pruebas de diagnóstico por imágenes

### Cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global

La cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global proporciona el 100% de la cantidad del beneficio seleccionada pagadera al cliente asegurado cuando se recibe el diagnóstico de cáncer invasivo o carcinoma localizado. Si la persona asegurada recibe el diagnóstico dentro de los primeros 30 días inmediatamente siguientes a la fecha de

28. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte el folleto y/o el Resumen de la cobertura para conocer todas las cantidades de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

entrada en vigor de la cláusula adicional, la cantidad del beneficio pagadera se reducirá al 10% de la cantidad del beneficio seleccionada y la cobertura para esa persona asegurada finalizará. Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$50,000. La elección del beneficio debe ser igual para todas las personas aseguradas.

El beneficio por recurrencia de cáncer está sujeto a las Condiciones del pago de beneficios. El beneficio por recurrencia de cáncer es pagadero cada vez que una persona asegurada recibe un diagnóstico por la recurrencia del cáncer. Sin embargo, para que el beneficio por recurrencia de cáncer sea pagadero, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- ▶ La cantidad del beneficio por diagnóstico de cáncer al que se adjunta esta cláusula adicional debe haber sido pagada previamente para la persona asegurada.
- ▶ La persona asegurada no deberá haber recibido asesoramiento ni tratamiento durante, al menos, 24 meses consecutivos antes de la fecha del diagnóstico de la recurrencia de cáncer.

La cantidad pagadera por la recurrencia de cáncer es igual al porcentaje por la cantidad del beneficio por recurrencia de cáncer que se muestra en la página del programa de la póliza o en el endoso de la póliza. [Ver “Cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral y cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global” en la página 62.](#)

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral y recuperación con pago de una suma global

Nuestra cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral y recuperación con pago de una suma global brinda un beneficio tabulado pagadero al recibirse un diagnóstico o procedimiento en virtud de la póliza para cualquiera de los eventos habilitantes. Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$50,000. La cantidad pagadera por cada evento habilitante es el porcentaje multiplicado por la cantidad del beneficio seleccionada. La cantidad pagadera por eventos habilitantes subsiguientes es el porcentaje pagadero o el 100% menos el porcentaje de la cantidad del beneficio recibida por todos los eventos habilitantes previos, la suma que sea menor. Los beneficios se pagan directamente a la persona asegurada o a quien esta designe. Si la persona asegurada recibe un pago parcial por un procedimiento, el porcentaje restante, hasta un total del 100%, puede pagarse por otras condiciones.

Pagaremos el beneficio por diagnóstico de un ataque al corazón/derrame cerebral si una persona asegurada recibe un diagnóstico de cualquiera de los eventos habilitantes y con sujeción a las definiciones, los términos, las limitaciones y las exclusiones que se establecen en esta cláusula adicional y las siguientes condiciones.

- ▶ El diagnóstico debe hacerse dentro de los Estados Unidos.
- ▶ La fecha del diagnóstico es posterior a la finalización del período de espera.
- ▶ El diagnóstico debe tener lugar en una fecha en la que la persona asegurada esté cubierta por esta cláusula adicional.
- ▶ Cualquier limitación, exclusión o reducción general o específica establecida en esta cláusula adicional o adjunta a ella, que incluye, entre otras, la exclusión por condiciones preexistentes, o cualquier incumplimiento de la persona asegurada de cualquier condición incluida en esta cláusula adicional o en la póliza imposibilitará el pago. [Ver “Cantidad del beneficio de los eventos habilitantes para la póliza por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global” en la página 62.](#)

Cuando se haya pagado el 100% de la cantidad del beneficio por diagnóstico de ataque al corazón/derrame cerebral en virtud de esta cláusula adicional para una persona asegurada, nosotros pagaremos el beneficio de recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral cuando una persona asegurada reciba un diagnóstico de ataque al corazón, derrame cerebral o trasplante de corazón. Sin embargo, para que se pague el beneficio de recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral, dicho diagnóstico del beneficio de recuperación de un ataque al corazón o derrame cerebral debe obtenerse, al menos, 24 meses consecutivos después de la última fecha del diagnóstico de un ataque al corazón, derrame cerebral o trasplante de corazón de una persona asegurada en virtud de esta cláusula adicional.

La cantidad pagadera por el diagnóstico de un ataque al corazón, derrame cerebral o trasplante de corazón es igual al porcentaje por la cantidad del beneficio de recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral que se muestra en la página del programa de la póliza o en el endoso de la póliza. [Ver “Cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral y cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global” en la página 62.](#)

### Cláusula adicional de beneficio por enfermedad específica

Las cantidades de beneficios disponibles van

de los \$5,000 a los \$50,000. Pagaremos la cantidad del beneficio por enfermedad específica que se muestra en la página del programa de la póliza si una persona asegurada recibe un diagnóstico o procedimiento de un médico por una de las enfermedades específicas que se muestran en la siguiente lista y con sujeción a las siguientes condiciones.

- › El diagnóstico debe hacerse dentro de los Estados Unidos.
- › El diagnóstico o procedimiento debe tener lugar en una fecha en la que la persona

asegurada esté cubierta por esta cláusula adicional.

Enfermedades específicas:

- › Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- › Estado de coma
- › Insuficiencia renal terminal
- › Trasplante de un órgano principal
- › Esclerosis múltiple (EM)
- › Parálisis
- › Quemaduras graves

## Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos

Pregunta 1-6: El cliente responde que “sí” a cualquier pregunta = no se emite ninguna cobertura.

Se requiere una evaluación de riesgos médicos adicional, incluida una verificación de medicamentos con receta y una verificación telefónica en vivo, para todas las cantidades de beneficios que superen los \$50,000. Las cantidades menores de \$50,000 quedarán a discreción del evaluador. Se podrá emitir un máximo de \$100,000 en beneficios para cada una de las siguientes categorías: cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y enfermedad específica (póliza básica y cláusulas adicionales). *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.* [Ver “Evaluación de riesgos médicos adicional” en la página 46.](#)

### Cláusulas adicionales

Para todas las cláusulas adicionales, la decisión relativa a la evaluación de riesgos médicos será únicamente emitir o rechazar la cobertura. No se aplicarán exclusiones de beneficios o condiciones.

### Cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global

Pregunta 7: El cliente responde que “sí” = no se emite ninguna cláusula adicional

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral y recuperación con pago de una suma global

Pregunta 9: El cliente responde que “sí” = no se emite ninguna cláusula adicional

### Cláusula adicional de beneficio por enfermedad específica

Pregunta 10-12: El cliente responde que “sí” a cualquier pregunta = no se emite ninguna cláusula adicional

### Tabla de estatura y peso

Se usará una tabla de estatura y peso para los adultos que soliciten la cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral y recuperación con pago de una suma global. [Ver “Flexible Choice” en la página 61.](#)



## TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Beneficios que ayudan a cubrir el costo del cuidado y tratamiento del cáncer.



## Introducción al seguro para el tratamiento del cáncer

Nuestra póliza de seguro para el tratamiento del cáncer le paga a su cliente la cantidad del beneficio para el cuidado y tratamiento del cáncer del nivel de cobertura que seleccione. El cáncer debe diagnosticarse después de la finalización del período de espera. Consulte el cuadro de beneficios para el tratamiento del cáncer incluido en el folleto para conocer los beneficios, cantidades y límites específicos.

### Características básicas

- › Edades para la emisión: 18–99 años
- › Posibilidad de renovación: Renovación garantizada de por vida<sup>29</sup>
- › Cláusulas adicionales disponibles, por una prima adicional: cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global, cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global, cláusula adicional de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, cláusula

adicional de indemnidad hospitalaria, cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos y cláusula adicional de devolución de primas<sup>30</sup>

### Condiciones preexistentes

No se pagarán beneficios durante los primeros 12 meses por ninguna pérdida causada por una condición preexistente. Los períodos de condiciones preexistentes pueden variar de un estado a otro. Consulte las Exclusiones y limitaciones en el folleto.

## El proceso de venta

### Formularios obligatorios

El Cuadernillo de solicitud incluye formularios para el punto de venta que deben enviarse a la oficina central, incluidos:

- › La solicitud. La fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 90 días después de la fecha de firma de la solicitud.
- › Acuerdo preautorizado para EFT (giro bancario)
- › Aviso en virtud de la HIPAA
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*

El cuadernillo para clientes debe entregarse al solicitante en el momento de la venta. Incluye lo siguiente:

- › Resumen de la cobertura

- › Aviso importante para las personas que tienen Medicare. *Si corresponde.*
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*
- › Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare. *Si corresponde.*

*El uso de un cuadernillo para clientes se exige en todos los estados.* Escriba un mensaje de correo electrónico al [Departamento de Suministro a CSBSupplies@Cigna.com](mailto:CSBSupplies@Cigna.com) o visite AgentView para obtener el formulario del Cuadernillo para clientes apropiado para el estado correspondiente. Cómo elegir una póliza de Medigap: La Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare se exige solo si la persona cumple con los requisitos para Medicare.

## Tarifas

- › Las primas se basan en la edad para la emisión y se dividen en franjas de 18 a 24 años y, luego, franjas de cinco años de los 25 a los 99 años.
- › Las tarifas no difieren según el sexo ni el consumo de tabaco.
- › Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral y mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario o factura de lista. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa. [Ver “Modos de las primas para el tratamiento del cáncer” en la página 62.](#)
- › Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales.
- › Las tarifas están garantizadas durante los primeros 12 meses.
- › No se cobra una tarifa por la póliza ni una matrícula de inscripción.

29. Sujeto al derecho de la Compañía de aumentar las primas en forma colectiva.

30. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte el folleto y/o el Resumen de la cobertura para conocer todas las cantidades de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

## Beneficios opcionales<sup>31</sup>

### Cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global

La cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global proporciona el 100% de la cantidad del beneficio seleccionada pagadera al cliente asegurado cuando se recibe el diagnóstico de cáncer invasivo o carcinoma localizado. Si la persona asegurada recibe el diagnóstico dentro de los primeros 30 días inmediatamente siguientes a la fecha de entrada en vigor de la cláusula adicional, la cantidad del beneficio pagadera se reducirá al 10% de la cantidad del beneficio seleccionada y la cobertura para esa persona asegurada finalizará. Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$100,000. La elección del beneficio debe ser igual para todas las personas aseguradas.

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Nuestra cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global brinda un beneficio tabulado pagadero al recibirse un diagnóstico o procedimiento en virtud de la póliza para cualquiera de los eventos habilitantes. La cantidad pagadera por cada evento habilitante es el porcentaje multiplicado por la cantidad del beneficio seleccionada. La cantidad pagadera por eventos habilitantes subsiguientes es el porcentaje pagadero o el 100% menos el porcentaje de la cantidad del beneficio recibida por todos los eventos habilitantes previos, la suma que sea menor. Los beneficios se pagan directamente a la persona asegurada o a quien esta designe. Si la persona asegurada recibe un pago parcial por un procedimiento, el porcentaje restante, hasta un total del 100%, puede pagarse por otras condiciones. [Ver “Cantidad del beneficio de los eventos habilitantes para la póliza por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global” en la página 62.](#)

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos

*No puede venderse con la cláusula adicional de indemnidad hospitalaria ni la cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos.*

Esta cláusula adicional proporciona al cliente una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día de

internación en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. Pagará el doble de la cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que una persona asegurada esté internada en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria

Esta cláusula adicional proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que un cliente está internado en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo, incluida una internación en la unidad de cuidados intensivos o una unidad de cuidados coronarios. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50% según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos

Proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos seleccionada por cada día que el cliente está internado en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Cláusula adicional de devolución de primas en caso de fallecimiento

Paga el 100% del total de las primas pagadas por la póliza y las cláusulas adicionales, menos los reclamos pagados en caso de muerte de la persona asegurada primaria.

31. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro.

## Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos

Se requiere una evaluación de riesgos médicos adicional, incluida una verificación de medicamentos con receta y una verificación telefónica en vivo, para todas las cantidades de beneficios que superen los \$50,000. Las cantidades menores de \$50,000 quedarán a discreción del evaluador. Se podrá emitir un máximo de \$100,000 para cada una de las siguientes categorías: cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y enfermedad específica (póliza básica y cláusulas adicionales). *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.* [Ver “Evaluación de riesgos médicos adicional” en la página 46.](#)

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica y cláusulas adicionales.

- › Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- › Complejo relacionado con el SIDA (CRS)
- › Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- › Cáncer interno
- › Melanoma
- › Tumores malignos
- › Carcinoma localizado, aunque no incluye el cáncer de piel no melanoma, las lesiones premalignas ni los tumores benignos o pólipos

## Cláusulas adicionales

Para todas las cláusulas adicionales, la decisión relativa a la evaluación de riesgos médicos será únicamente emitir o rechazar la cobertura. No se aplicarán exclusiones de beneficios o condiciones.

### Cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

- › Cáncer interno
- › Melanoma
- › Tumores malignos
- › Carcinoma localizado, aunque no incluye el cáncer de piel no melanoma, las lesiones premalignas ni los tumores benignos o pólipos

Cáncer en la sangre, que incluye, a modo de ejemplo:

- › Leucemia
- › Linfoma
- › Linfoma no Hodgkin
- › Síndrome mielodisplásico
- › Mieloma

Trastornos mieloproliferativos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- › Policitemia vera
- › Mielofibrosis idiopática crónica
- › Trombocitemia esencial

Las pruebas de diagnóstico relacionadas con el cáncer que no se realizaron, los resultados de pruebas que todavía no se recibieron o resultados de pruebas anormales que no permitieron descartar la presencia de cáncer dentro de los últimos cinco años no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

El tratamiento o diagnóstico de cáncer de piel no melanoma dentro de los últimos cinco años no excluirá a ninguna persona nombrada de todos los beneficios proporcionados por la póliza para el tratamiento del cáncer de piel no melanoma.

Cáncer en la sangre, que incluye, a modo de ejemplo:

- › Leucemia
- › Linfoma
- › Linfoma no Hodgkin
- › Síndrome mielodisplásico
- › Mieloma

Trastornos mieloproliferativos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- › Policitemia vera
- › Mielofibrosis idiopática crónica
- › Trombocitemia esencial

Las pruebas de diagnóstico relacionadas con el cáncer que no se realizaron, los resultados de pruebas que todavía no se recibieron o resultados de pruebas anormales que no permitieron descartar la presencia de cáncer

dentro de los últimos cinco años no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional si el cliente ha recibido un diagnóstico, o asesoramiento o tratamiento médico dentro de los últimos 10 años.

- › Enfermedad o trastorno del corazón o el sistema circulatorio, condiciones cardíacas, trastornos de las válvulas cardíacas o coágulos sanguíneos, que incluyen, a modo de ejemplo:
  - Aneurisma
  - Angina de pecho
  - Arterioesclerosis
  - Fibrilación/aleteo auricular
  - Bradicardia
  - Miocardiopatía
  - Arteriopatía
  - Accidente cerebrovascular
  - Enfermedad cardíaca congénita
  - Insuficiencia cardíaca congestiva
  - Cor pulmonale
  - Dextrocardia
  - Endocarditis
  - Miocarditis
  - Pericarditis
  - Aterosclerosis periférica
  - Contracciones ventriculares prematuras (CVP)
  - Fenómeno de Raynaud
  - Fiebre reumática
  - Taquicardia
  - Arteritis temporal
  - Tetralogía de Fallot
  - Tromboangiítis obliterante
  - Enfermedad tromboembólica
  - Hipertensión pulmonar

- › Diabetes asociada con el uso de insulina, excluida la diabetes gestacional, neuropatía o retinopatía.
- › Presión arterial alta para la cual se han tomado conjuntamente tres o más medicamentos.
- › Las pruebas de diagnóstico relacionadas con cualquier enfermedad del corazón o el sistema circulatorio que no se realizaron o cuyos resultados todavía no se recibieron dentro de los últimos 10 años no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

### Lista de medicamentos que son causales de denegación

La DDL de Supplemental Solutions (CSB-9-0017-LSCH) ayuda a los agentes a identificar posibles condiciones no asegurables.

*Exigiremos una carta firmada y fechada por el médico que emitió la receta si el solicitante está tomando o ha tomado recientemente un medicamento de esta lista para un uso que no está mencionado en esta solicitud. Esta carta debe indicar la condición para la cual se está tomando el medicamento y debe aclarar que el solicitante no tiene la condición incluida en esta lista que es causal de denegación. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la solicitud se deniegue.*

### Tabla de estatura y peso

Se usará una tabla de estatura y peso para los adultos que soliciten la cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y la cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos. [Ver "Tratamiento del cáncer y tratamiento para accidentes" en la página 61.](#)

Para todas las apelaciones se requiere una carta firmada y fechada con membrete del médico tratante/que emite las recetas que descarte la condición causal de denegación. Para las denegaciones basadas en el medicamento que toma el solicitante, la carta debe descartar la condición causal de denegación e indicar el motivo por el cual se recetó el medicamento. Las apelaciones deben enviarse por fax al **855.239.8763**, Attn: Underwriting. Incluya el número de solicitud asignado en la carátula del fax. *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.*



## TRATAMIENTO PARA ACCIDENTES

Beneficios que ayudan a cubrir el costo del cuidado y tratamiento de un accidente.



## Introducción al seguro de tratamiento para accidentes

La póliza del seguro de tratamiento para accidentes le paga a su cliente una cantidad fija por los gastos en los que incurre a raíz de un accidente. La póliza proporciona una cantidad del beneficio predeterminada basada en un programa de beneficios que puede encontrarse en el folleto. Los beneficios cubiertos pueden dividirse en las siguientes categorías: lesiones accidentales, hospital y servicios, y muerte y desmembramiento accidental.

### Características básicas

- › Edades para la emisión: 18–74 años
- › Cantidades de beneficios disponibles: Basic, Plus, Enhanced. Las cantidades tabuladas varían según el nivel, pero la lista de beneficios cubiertos es la misma para todos los niveles. La selección de niveles es la misma para todas las personas aseguradas.
- › Posibilidad de renovación: Renovación garantizada hasta los 80 años<sup>32</sup>
- › Cláusulas adicionales disponibles, por una prima adicional: cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global, cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global, cláusula adicional de indemnidad

hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, cláusula adicional de indemnidad hospitalaria, cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos y cláusula adicional de devolución de primas<sup>33</sup>

### Condiciones preexistentes para cláusulas adicionales

No se pagarán beneficios durante los primeros 12 meses por ninguna pérdida causada por una condición preexistente en virtud de la cobertura de cualquier cláusula adicional aplicable. Los períodos de condiciones preexistentes pueden variar de un estado a otro. Consulte las Exclusiones y limitaciones en el folleto.

## El proceso de venta

### Formularios obligatorios

El Cuadernillo de solicitud incluye formularios para el punto de venta que deben enviarse a la oficina central, incluidos:

- › La solicitud. La fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 60 días después de la fecha de firma de la solicitud.
- › Acuerdo preautorizado para EFT (giro bancario)
- › Aviso en virtud de la HIPAA
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*

El cuadernillo para clientes debe entregarse al solicitante en el momento de la venta. Incluye lo siguiente:

- › Resumen de la cobertura

- › Aviso importante para las personas que tienen Medicare.  
*Si corresponde.*
- › Aviso de reemplazo. *Si corresponde.*
- › Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare.  
*Si corresponde.*

*El uso de un cuadernillo para clientes se exige en todos los estados. Escriba un mensaje de correo electrónico al [Departamento de Suministro a CSBSupplies@Cigna.com](mailto:CSBSupplies@Cigna.com) o visite AgentView para obtener el formulario del Cuadernillo para clientes apropiado para el estado correspondiente. Cómo elegir una póliza de Medigap: La Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare se exige solo si la persona cumple con los requisitos para Medicare.*

## Tarifas

Las primas se basan en la clase de ocupación y la edad para la emisión. Consulte nuestra Guía de ocupaciones para el tratamiento de accidentes (LOYAL-5-0016) para conocer la clasificación de las ocupaciones. Las primas se dividen en franjas de 18 a 24 años y, luego, franjas de cinco años de los 25 a los 70 años o más.

- › Hay cuatro modos de pago de las primas disponibles: anual, semestral, trimestral y mensual. El modo mensual está disponible únicamente mediante giro bancario o factura de lista. Los modos trimestral, semestral y anual están disponibles mediante giro bancario y factura directa. [Ver “Modos de las primas del Seguro Flexible Choice para cáncer y ataque al corazón, y tratamiento para accidentes” en la página 62.](#)

32. Sujeto al derecho de la Compañía de aumentar las primas en forma colectiva.

33. La disponibilidad de cláusulas adicionales varía de un estado a otro. Consulte el folleto y/o el Resumen de la cobertura para conocer todas las cantidades de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.

- › Puede haber modos de primas adicionales por producto. Consulte la solicitud del producto y las planillas de tarifas para conocer la disponibilidad y los factores modales.
- › Las tarifas no difieren según el sexo ni el consumo de tabaco.
- › Las tarifas están garantizadas durante los primeros 12 meses.
- › No se cobra una tarifa por la póliza ni una matrícula de inscripción.

## Beneficios opcionales<sup>34</sup>

*Algunas cláusulas adicionales están sujetas a la evaluación de riesgos médicos y la solicitud incluye preguntas médicas habilitantes.*

### Cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global

La cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global proporciona el 100% de la cantidad del beneficio seleccionada pagadera al cliente asegurado cuando se recibe el diagnóstico de cáncer invasivo o carcinoma localizado. Si la persona asegurada recibe el diagnóstico dentro de los primeros 30 días inmediatamente siguientes a la fecha de entrada en vigor de la cláusula adicional, la cantidad del beneficio pagadera se reducirá al 10% de la cantidad del beneficio seleccionada y la cobertura para esa persona asegurada finalizará. Las cantidades de beneficios disponibles van de los \$5,000 a los \$100,000. La elección del beneficio debe ser igual para todas las personas aseguradas.

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Nuestra cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global brinda un beneficio tabulado pagadero al recibirse un diagnóstico o procedimiento en virtud de la póliza para cualquiera de los eventos habilitantes. La cantidad pagadera por cada evento habilitante es el porcentaje multiplicado por la cantidad del beneficio seleccionada. La cantidad pagadera por eventos habilitantes subsiguientes es el porcentaje pagadero o el 100% menos el porcentaje de la cantidad del beneficio recibida por todos los eventos habilitantes previos, la suma que sea menor. Los beneficios se pagan directamente a la persona asegurada o a quien esta designe. Si la persona asegurada recibe un pago parcial por un procedimiento, el porcentaje restante, hasta un total del 100%, puede pagarse por otras condiciones. [Ver “Cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral y cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global” en la página 62.](#)

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos

*No puede venderse con la cláusula adicional de indemnidad hospitalaria ni la cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos.*

Esta cláusula adicional proporciona al cliente una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día de internación en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. Pagará el doble de la cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que una persona asegurada esté internada en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

### Cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria

Esta cláusula adicional proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad hospitalaria seleccionada por cada día que un cliente está internado en un hospital debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo, incluida una internación en la unidad de cuidados intensivos o una unidad de cuidados coronarios. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

34. Verificación del solicitante en lugar de una PV.

## Cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos

Proporciona una cantidad del beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos seleccionada por cada día que el cliente está internado en la unidad de cuidados intensivos debido a una lesión, enfermedad o complicaciones del embarazo. La internación debe durar al menos 24 horas y los beneficios no serán pagaderos por más de 30 días para

cualquier período de internación. *Al cumplir los 65 años, la cobertura para cada persona asegurada se reducirá un 50%, según se muestra en la página del programa de la póliza.*

## Cláusula adicional de devolución de primas en caso de fallecimiento

Paga el 100% del total de las primas pagadas por la póliza y las cláusulas adicionales, menos los reclamos pagados por la muerte de la persona asegurada primaria.

## Pautas sobre la evaluación de riesgos médicos

*La póliza básica tiene emisión garantizada.* Consulte nuestra Guía de ocupaciones para el tratamiento de accidentes (LOYAL-5-0016) para conocer la clasificación de las ocupaciones.

### Cláusulas adicionales

Para todas las cláusulas adicionales, la decisión relativa a la evaluación de riesgos médicos será únicamente emitir o rechazar la cobertura. No se aplicarán exclusiones de beneficios o condiciones.

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura.

- › Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- › Complejo relacionado con el SIDA (CRS)
- › Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Se requiere una evaluación de riesgos médicos adicional, incluida una verificación de medicamentos con receta y una verificación telefónica en vivo, para todas las cantidades de beneficios que superen los \$50,000. Las cantidades menores de \$50,000 quedarán a discreción del evaluador. Se podrá emitir un máximo de \$100,000 para cada una de las siguientes categorías: cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y enfermedad específica (póliza básica y cláusulas adicionales). *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.* [Ver "Evaluación de riesgos médicos adicional" en la página 46.](#)

### Cláusula adicional por cáncer con pago de una suma global

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional si el cliente ha recibido un diagnóstico, o asesoramiento o tratamiento médico dentro de los últimos 10 años.

- › Cáncer interno
- › Melanoma

- › Tumores malignos
- › Carcinoma localizado, aunque no incluye el cáncer de piel no melanoma, las lesiones premalignas ni los tumores benignos o pólipos

Cáncer en la sangre, que incluye, a modo de ejemplo:

- › Leucemia
- › Linfoma
- › Linfoma no Hodgkin
- › Síndrome mielodisplásico
- › Mieloma

Trastornos mieloproliferativos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- › Policitemia vera
- › Mielofibrosis idiopática crónica
- › Trombocitemia esencial

Las pruebas de diagnóstico relacionadas con el cáncer que no se realizaron, los resultados de pruebas que todavía no se recibieron o resultados de pruebas anormales que no permitieron descartar la presencia de cáncer dentro de los últimos cinco años no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

### Cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Algunas condiciones médicas, incluidas, a modo de ejemplo, las que se mencionan a continuación, no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional si el cliente ha recibido un diagnóstico, o asesoramiento o tratamiento médico dentro de los últimos 10 años.

- › Enfermedad o trastorno del corazón o el sistema circulatorio, condiciones cardíacas, trastornos de las válvulas cardíacas o coágulos sanguíneos, que incluyen, a modo de ejemplo:

- Aneurisma
- Angina de pecho
- Arterioesclerosis
- Fibrilación/aleteo auricular
- Bradicardia
- Miocardiopatía
- Arteriopatía
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad cardíaca congénita
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Cor pulmonale
- Dextrocardia
- Endocarditis
- Miocarditis
- Pericarditis
- Aterosclerosis periférica
- Contracciones ventriculares prematuras (CVP)
- Fenómeno de Raynaud
- Fiebre reumática
- Taquicardia
- Arteritis temporal
- Tetralogía de Fallot
- Tromboangeítis obliterante
- Enfermedad tromboembólica
- Hipertensión pulmonar
- Diabetes asociada con el uso de insulina, excluida la diabetes gestacional, neuropatía o retinopatía.
- Presión arterial alta para la cual se han tomado conjuntamente tres o más medicamentos.
- Las pruebas de diagnóstico relacionadas con cualquier enfermedad del corazón o el sistema circulatorio que no se realizaron o cuyos resultados todavía no se recibieron dentro de los últimos 10 años no son asegurables para ninguna cobertura en virtud de la póliza básica/cláusula adicional.

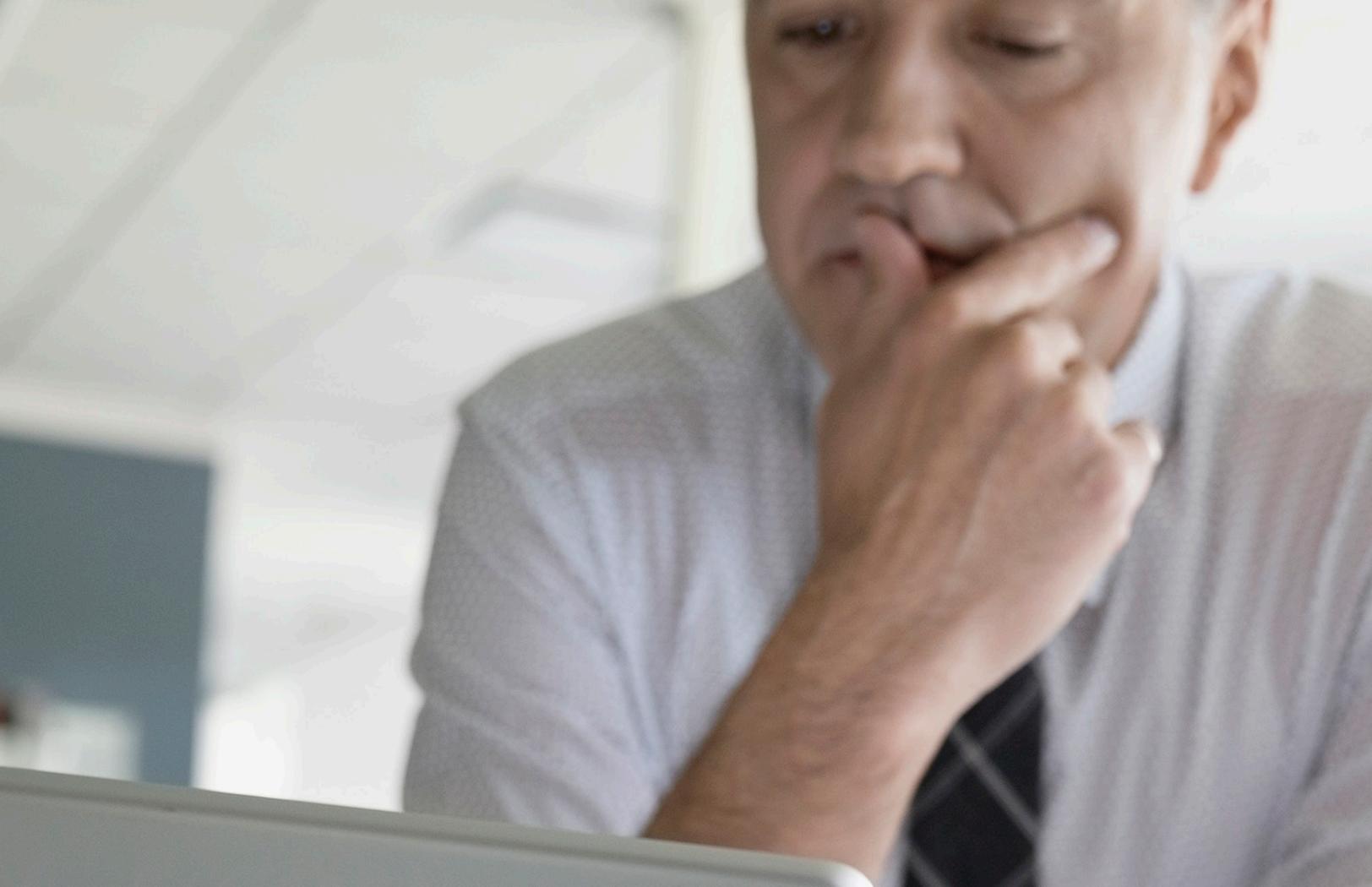
## Lista de medicamentos que son causales de denegación

La DDL de Supplemental Solutions (CSB-9-0017-LSCH) ayuda a los agentes a identificar posibles condiciones no asegurables. *Exigiremos una carta firmada y fechada por el médico que emitió la receta si el solicitante está tomando o ha tomado recientemente un medicamento de esta lista para un uso que no está mencionado en esta solicitud. Esta carta debe indicar la condición para la cual se está tomando el medicamento y debe aclarar que el solicitante no tiene la condición incluida en esta lista que es causal de denegación. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la solicitud se deniegue.*

## Tabla de estatura y peso

Se usará una tabla de estatura y peso para los adultos que soliciten la cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, la cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y la cláusula adicional de indemnidad para unidad de cuidados intensivos. [Ver "Tratamiento del cáncer y tratamiento para accidentes" en la página 61.](#)

Para todas las apelaciones se requiere una carta firmada y fechada con membrete del médico tratante/que emite las recetas que descarte la condición causal de denegación. Para las denegaciones basadas en el medicamento que toma el solicitante, la carta debe descartar la condición causal de denegación e indicar el motivo por el cual se recetó el medicamento. Las apelaciones deben enviarse por fax al [855.239.8763](tel:855.239.8763), Attn: Underwriting. Incluya el número de solicitud asignado en la carátula del fax. *El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.*



## INFORMACIÓN GENERAL



## Información general

### Nuevas pautas comerciales

- ▶ Se podrá emitir un máximo de \$75,000 para cada una de las siguientes categorías: cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral o enfermedad específica (póliza básica y cláusulas adicionales).
- ▶ Debe tener licencia como residente o como no residente en el estado donde resida el solicitante. Debe usar la solicitud correspondiente al estado de residencia del solicitante. Se devolverán las solicitudes recibidas que se basen en el estado de residencia del agente. El estado de la dirección postal de la solicitud debe coincidir con el estado de la dirección de residencia. Todas las pólizas deben enviarse y entregarse en el estado de emisión.
- ▶ Si está procesando solicitudes de seguro en Texas, Oklahoma, Montana o Pennsylvania, debe ser nombrado por la compañía antes de ofrecer su primera solicitud. Comuníquese con el departamento de Contratación de Agentes llamando al [866-459-4272](tel:866-459-4272) o escribiendo a [CSBLicensing@Cigna.com](mailto:CSBLicensing@Cigna.com) para verificar su condición con respecto al nombramiento.
- ▶ Asegúrese de completar todas las secciones de la solicitud para la cobertura solicitada.
- ▶ Todas las solicitudes deben ser firmadas por el titular de la póliza. Se debe firmar cada página de la solicitud cuando se use un poder legal (POA). No se acepta un POA, salvo para casos de OE/GI. Se requiere una constancia del POA. Si otros solicitantes han asignado un POA a otra persona y el POA se utiliza actualmente para manejar los asuntos financieros del solicitante, dicho solicitante no cumple con los requisitos para recibir cobertura. Una verificación telefónica funciona como una firma manuscrita cuando la venta se realiza por teléfono o usando Express App. [Ver "Express App" en la página 47.](#)
- ▶ Su firma y el número de agente asignado deben incluirse en el espacio proporcionado en la solicitud para la información del agente.
- ▶ Si es necesario corregir un error en la solicitud impresa, tanto usted como el solicitante deben colocar la fecha y sus iniciales junto a la corrección en presencia del solicitante. No use líquido corrector en la solicitud.
- ▶ Las solicitudes deben recibirse dentro de los 30 días calendario de la fecha de la firma si tiene un nombramiento de la compañía en el estado de emisión. Si la compañía todavía no le ha nombrado en ese estado, debe presentar la solicitud de inmediato.
- ▶ La fecha de entrada en vigor de la póliza no puede tener lugar más de 90 días después de la fecha de firma de la solicitud, ni puede ser el día 29, 30 ni 31 del mes. Si la fecha de la solicitud es una de estas fechas, la fecha de entrada en vigor será el primer día del mes siguiente.
- ▶ La cobertura no comienza hasta la fecha de entrada en vigor de la póliza. Solo las pérdidas incurridas a partir de la fecha de entrada en vigor de la póliza se considerarán conforme a los términos y condiciones de la póliza.
- ▶ Si se presentan simultáneamente dos solicitudes para el mismo producto para la misma persona, se procesará la que tenga la fecha de solicitud anterior y la otra se retirará. Todas las solicitudes se deben presentar acompañadas de la prima modal total inicial (a excepción de las solicitudes enviadas por fax y de Express App, para las cuales se puede completar la autorización de giro bancario para el pago de la prima).
- ▶ Pautas sobre pagador/beneficiario: Debido a las amplias medidas antiterrorismo de la Ley Patriota y la prohibición de la Ley Federal Antisobornos relativa a pagos indebidos por servicios reembolsables por un programa de cuidado de la salud federal, la política de CSB es prohibir el lavado de dinero y otros pagos indebidos a través de la detección, la disuasión y la prevención. Las actividades sospechosas pueden incluir registrar a un pagador, beneficiario o destinatario que aparentemente sea un tercero no relacionado o que no tenga una relación aparente con el solicitante o cliente. CSB no acepta divisas (efectivo), moneda extranjera, cheques de caja, giros postales ni cheques de viajero como pago de la prima. Un cheque librado contra la cuenta propia del pagador, como un cheque personal, no se considera efectivo. Cada póliza es un contrato individual, y los cheques/pagos de terceros/de una Compañía y/o beneficiarios representantes no son aceptables para el pago de ninguna prima, a menos que un familiar directo o el

pagador sea un Grupo/una Asociación/una Compañía y se haya presentado y aprobado para el proceso de facturación nuestro formulario de factura directa/de lista para Grupos/Asociaciones. [Ver “Formulario de creación de grupo/asociación” en la página 56.](#)

- Tercero responsable del pago aceptable se refiere a uno o más de los siguientes:
  - un Grupo, una Asociación o una Compañía que proporciona beneficios jubilatorios a través de una cuenta de reembolso de salud o que cumple con los requisitos para recibir una factura de lista;
  - un miembro de la familia;
  - un apoderado financiero;
  - una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana;
  - un programa del gobierno estatal o federal; o
  - una entidad privada independiente sin fines de lucro, si se cumplen todos los criterios indicados a continuación.

- Se brinda asistencia en función de la necesidad financiera de la persona asegurada.
- La entidad no es un proveedor de cuidado de la salud.
- La entidad no tiene ningún interés financiero directo ni indirecto.

- Para todos los productos se exige que el solicitante tenga un número del Seguro Social y sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga condición de residente permanente desde hace al menos dos años.

### Presentación de nuevas contrataciones

Todos los productos de esta guía deben presentarse:

- En línea a través de Express App, nuestra herramienta para solicitudes basada en Internet
- Por fax a través de nuestro programa FaxApp. [Ver “Programa FaxApp” en la página 48.](#)
- Mediante envío por correo estándar.

## Evaluación de riesgos médicos adicional

### Alineación de productos y evaluación de riesgos médicos para cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y enfermedad específica

Se requiere una evaluación de riesgos médicos adicional (que incluye una verificación de medicamentos con receta) y una verificación telefónica (PV) para todas las cantidades de beneficios que superen los \$50,000, y para cantidades de \$50,000 o menos, el cumplimiento de este requisito quedará a discreción del evaluador.

Se emitirán beneficios por un máximo de \$100,000 por categoría –cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral o enfermedad específica– para todas nuestras pólizas y compañías.

Cantidad de emisión máxima por persona, por categoría		Evaluación de riesgos médicos
Cáncer	\$100,000 con combinación de póliza básica y cláusulas adicionales	Verificación telefónica para cada persona por más de \$50,000, combinación de póliza básica y cláusulas adicionales
Ataque al corazón/derrame cerebral		
Otras enfermedades específicas/enfermedades críticas		

*Las cláusulas adicionales por recurrencia de cáncer y recuperación de un ataque al*

*corazón/derrame cerebral no deben agregarse como parte de la cantidad del beneficio ni para la PV porque solo pagan una vez que paga la póliza básica.*

### Ejemplos de preguntas frecuentes

Estos son ejemplos del modo en que la compra de múltiples pólizas Flexible Choice afecta los beneficios de los titulares de pólizas.

#### Situación 1

Joe contrató una póliza para cáncer Critical Choice en 2010 con una cantidad del beneficio de \$25,000. Más adelante, Joe contrata un plan básico para cáncer Flexible Choice por \$10,000. *Joe contrató una cantidad del beneficio menor de \$50,000 y no necesita una PV.*

#### Situación 2

Sarah contrató una póliza para cáncer Critical Choice en 2010 con una cantidad del beneficio de \$25,000. Más adelante, Sarah contrata un plan básico para ataque al corazón Flexible Choice por \$10,000 y una cláusula adicional por cáncer por la misma cantidad. *La cláusula adicional por cáncer por \$10,000 contribuye al máximo de \$100,000, pero el beneficio total de la cobertura para cáncer es de \$35,000, por lo que Sarah está por debajo del umbral y no necesita una PV.*

**Situación 3**

Mark contrató una póliza para cáncer Critical Choice en 2010 con una cantidad del beneficio de \$25,000. Jane, la esposa de Mark, quiere contratar un plan para cáncer Flexible Choice por \$50,000 para ambos. *Jane no necesitaría una PV porque se encuentra por debajo del umbral de \$50,000. Sin embargo, Mark debería realizar la PV porque sus \$50,000 se sumarían a los \$25,000 que ya tiene en vigor.*

**Situación 4**

Anna contrató una póliza para cáncer Critical Choice en 2010 con una cantidad del beneficio de \$25,000. Ahora Anna quiere contratar un plan para cáncer Flexible Choice por \$80,000. *Exigiríamos la PV para Anna porque su cantidad total solicitada supera los \$50,000,*

*pero también nos comunicaríamos con Anna y le informaríamos que solo cumple con los requisitos para una cobertura de \$75,000 en virtud de la póliza para cáncer Flexible Choice porque ninguna persona puede tener cobertura por más de \$100,000.*

**Situación 5**

Pete contrató una póliza para cáncer Critical Choice en 2010 con una cantidad del beneficio de \$25,000. Pete quiere contratar un plan para ataque al corazón Flexible Choice por \$80,000. *Exigiríamos la PV para Pete porque la cantidad total solicitada supera los \$50,000. También puede conservar su plan para cáncer porque cada persona puede tener hasta \$100,000 por categoría de cobertura.*

## Express App

Express App es un proceso de solicitud 100% en línea que permite presentar nuevas contrataciones de manera rápida y fácil. Vaya a AgentViewCigna.com y seleccione la pestaña Express App para comenzar. Asegúrese de usar Internet Explorer 11 o Google Chrome cuando acceda a Express App. Las versiones anteriores de Internet Explorer ya no son compatibles.

### Reciba cotizaciones

- › Necesitará la edad o fecha de nacimiento de su cliente, su sexo y código postal, y si consume o no tabaco, para recibir una Cotización rápida. Las primas anuales, semestrales, trimestrales y mensuales para todos los planes disponibles en su estado se mostrarán en segundos. Use la Cotización familiar para cotizar planes para parejas o familias.
- › Haga búsquedas en nuestra Lista de medicamentos que son causales de denegación escribiendo las letras o palabras de un medicamento o una condición relacionada con un medicamento.

### Envíe propuestas

- › Haga clic en el botón *Send Forms* (Enviar formularios) para enviarle a su cliente una propuesta por correo electrónico, de manera segura. Para enviar propuestas y confirmaciones por correo electrónico, primero su cliente debe dar su consentimiento para recibir documentos en forma electrónica.
- › Haga clic en el botón *Send Forms* (Enviar formularios) para abrir la ventana de consentimiento y siga las instrucciones.

- › Si enviará una propuesta por correo, incluya lo siguiente:
  - Carta del agente al cliente
  - Propuesta (no disponible para personas menores de 65 años, algunos estados y productos complementarios de CSB)
  - Folleto aprobado por el estado
  - Solicitud
  - Resumen de la cobertura
  - Guía de los CMS
  - Tarjeta de negocios del agente

### Presente la solicitud

- › Una vez que haya seleccionado los productos deseados, aparecerán pestañas que contienen la parte correspondiente a la solicitud. Complete la información en todas las áreas y pestañas. Obtendremos las firmas electrónicas durante la verificación telefónica (PV).
- › Express App verificará automáticamente si falta información y le indicará que corrija los errores.
- › Si ingresa una dirección de correo electrónico para enviarle al cliente copias de la solicitud y otros formularios obligatorios, se abrirá la ventana de consentimiento cuando envíe la solicitud, y se le indicará que complete la información y obtenga el acuse de recibo del cliente.

## Envíe la solicitud

- Una vez que haya ingresado toda la información del cliente, tómese su tiempo para revisarla una vez más con él. Una vez que haya verificado que toda la información sea correcta, vaya a la página de revisión y aceptación y complete la información requerida, luego haga clic en *Accept* (Aceptar).
- Una vez enviada la solicitud, usted y el solicitante recibirán una copia de ella y del Resumen de la cobertura. Si cumple con los requisitos para tener cobertura de Medicare, el solicitante también recibirá por correo electrónico la Guía para las Personas con Medicare. Determinados estados deben prestar su consentimiento para recibir el material indicado arriba.

## Programa FaxApp

Envíe las solicitudes por fax con nuestro programa FaxApp. Solo tiene que llenar la carátula de FaxApp y enviarla por fax, junto con la solicitud y todos los documentos

respaldatorios, al [877.704.8186](tel:877.704.8186). Se asignará un número de caso y se procesará la solicitud. Su comisión se genera el día siguiente a la emisión. [Ver “Carátula de FaxApp” en la página 59.](#)

## Verificación telefónica (PV)

Una verificación telefónica (PV) es una entrevista telefónica que los solicitantes deben completar para que CSB procese las solicitudes. La PV funciona como una firma electrónica y verifica las preguntas médicas con el solicitante. Completar la PV en el punto de venta no solo permite procesar más rápido las solicitudes, sino que además ayuda a que se le pague en menos tiempo. Consulte la tabla para conocer la disponibilidad de la PV. Hay un asociado de PV disponible para atender llamadas de PV en vivo de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. (hora del Centro) en el [866.825.4822](tel:866.825.4822).

preguntas. Si la llamada de PV no se inicia en el momento de la venta, es su responsabilidad coordinar para que el solicitante llame lo antes posible.

### Consejos para completar la PV

- Asegúrese de haber completado totalmente la solicitud antes de llamar a nuestra línea de PV. Esto incluye repasar toda la solicitud si realiza la venta por teléfono o usando Express App.
- Usted (el agente) puede iniciar la llamada de PV; sin embargo, el solicitante debe responder personalmente todas las

- Si el solicitante completa la PV por su cuenta, asegúrese de que tenga:
  - El plan que haya elegido y la tarifa propuesta.
  - Una lista de sus medicamentos con receta.
- La PV confirmará que el solicitante haya recibido lo siguiente:
  - Copia de la solicitud, si solicita el Seguro complementario de Medicare
  - Copia del Resumen de la cobertura
  - La guía Cómo elegir una póliza de Medigap: Guía sobre seguros de salud para personas con Medicare
  - Cualquier formulario exigido por el estado

Producto		Express App (sin firma manuscrita)	Teléfono/fax (sin firma manuscrita)	Papel/fax (con firma manuscrita)
Seguro complementario de Medicare	Inscripción abierta/ Emisión garantizada	No es necesaria <sup>35</sup>	PV en vivo	No es necesaria <sup>35</sup>
	Con evaluación de riesgos médicos	PV en vivo	PV en vivo	PV en vivo
Cáncer, ataque al corazón/derrame cerebral y accidentes		No es necesaria <sup>36</sup>	PV en vivo	No es necesaria <sup>36</sup>
Seguro de vida entera individual		PV en vivo	PV en vivo	PV en vivo

35. Verificación del solicitante en lugar de una PV.

36. Los planes Flexible Choice/con pago de una suma global por más de \$50,000 requieren una PV en vivo.

La PV no puede realizarse si el solicitante no tiene toda la información precedente. La entrevista dura aproximadamente cinco minutos. Para el Seguro complementario de Medicare, la entrevista dura unos 15 minutos. Se implementarán los procedimientos habituales y usuales para la evaluación de riesgos médicos.

### Número de caso

Antes de completar la PV, el solicitante recibirá un número de caso de PV que debe incluirse en la solicitud antes de enviarla.

### Múltiples solicitantes

Cuando un agente llame para solicitar la PV, si ambos cónyuges presentan la solicitud y están disponibles, el entrevistador telefónico hará una sola entrevista, haciendo las preguntas una vez y pidiéndoles a ambos solicitantes que respondan a cada pregunta. Este procedimiento puede reducir unos 20 minutos la duración de la PV para ambos solicitantes. No se hacen preguntas acerca de los medicamentos de venta sin receta médica. Las llamadas salientes solo pueden realizarse como una sola entrevista si hay una notificación de ambos cónyuges que presentan la(s) solicitud(es).

## Pasos para presentar una venta telefónica

### Llame a su cliente

Complete la solicitud en Express App mientras habla con su cliente. Si está usando una solicitud impresa, no necesita una firma manuscrita. Solo escriba “venta telefónica” seguido del nombre del cliente en el espacio para la firma. El cliente proporcionará una confirmación de la firma durante la verificación telefónica (PV).

### Realice una verificación telefónica (PV)

Algunas ventas requieren una PV. Cuando corresponda, simplemente haga una llamada en conferencia con su cliente

a la línea de PV, al [866.825.4822](tel:866.825.4822). [Ver “Verificación telefónica \(PV\)” en la página 48.](#)

### Envíe la solicitud

Envíe la solicitud a través de Express App, por fax o por correo. Si la solicitud no presenta ningún inconveniente y se envía por Express App o por fax, la póliza puede emitirse en tan solo tres días. Si la venta requiere una PV, recuerde ingresar el número de caso de la PV en la solicitud.

## Procesamiento de nuevas contrataciones

### Recibos de entrega, en los estados donde se exigen

Para las pólizas que son entregadas en mano por el agente al cliente:

- El agente debe explicarle al cliente todas las disposiciones y beneficios, y una vez completado, el recibo de entrega debe ser firmado y fechado por el cliente y el agente.
- Envíelo a la oficina administrativa solo si su estado lo exige. El agente debe conservar una copia para sus registros.
- El agente debe entregar las pólizas dentro de los siete días siguientes a su recepción.

*Si no se envía el recibo de entrega a la oficina administrativa, esto no implicará que se cancele la póliza. En algunos estados, este recibo tiene por objeto proteger al agente mediante un comprobante de entrega. En otros estados, el recibo es obligatorio. En los estados que exigen un recibo de entrega, todas las pólizas se envían por correo con un certificado de envío del correo.*

### Solicitudes denegadas

Si las circunstancias de un cliente no se ajustan a nuestros límites de asegurabilidad, se le notificará acerca de la denegación a través de una carta. Esta carta identificará los motivos específicos de la denegación. Esta carta se envía por correo al solicitante y al agente.

## Cómo apelar una solicitud denegada

Exigiremos *una carta firmada y fechada* por el médico tratante para cualquier apelación basada en un medicamento causal de denegación o un historial de reclamos internos, como se indicó arriba. El agente debería comunicarse con el evaluador para determinar qué se exigirá para todas las *otras* denegaciones.

Las apelaciones deben enviarse por fax al [855.239.8763](tel:855.239.8763), Attn: Underwriting. Incluya el número de solicitud asignado en la carátula del fax.

*El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.*

## Procedimientos quirúrgicos recientes

Exigiremos *una carta firmada y fechada* por el médico tratante si al solicitante le han realizado un procedimiento quirúrgico dentro de los últimos 90 días, o 30 días para la cirugía

de cataratas. *Esta carta debe indicar que el solicitante ha completado el tratamiento y las visitas de seguimiento requeridas, y que recibió el alta del médico. Si no se incluye esta carta con la solicitud, es posible que la solicitud se deniegue. El evaluador tomará la determinación definitiva en todos los casos.*

## Solicitudes incompletas

Si no hay suficiente información sobre la solicitud, nos comunicaremos con el agente durante el proceso de solicitud para obtener información. Si la información no se recibe dentro de los 21 días calendario, la solicitud se cancelará por estar incompleta y se enviará una carta al solicitante.

## Solicitudes con primas insuficientes

Las solicitudes presentadas con primas insuficientes se procesarán de acuerdo con las siguientes pautas.

# Servicio al Cliente

## Portal en línea

Los clientes tienen un espacio para hacer un seguimiento de sus reclamos, revisar la información de su cuenta y ver los detalles de la cobertura en línea. Los clientes del Seguro complementario de Medicare pueden ver todos los detalles de la póliza en [myCigna.com](http://myCigna.com). Todos los demás clientes de seguros de salud complementarios pueden visitar [MyPolicyHQ.com](http://MyPolicyHQ.com). Todos los clientes pueden hacer lo que se indica a continuación para reducir el papeleo.

- › Ver detalles de la cobertura
- › Establecer o actualizar los pagos automáticos de las primas
- › Imprimir tarjetas de ID provisionarias<sup>37</sup>
- › Actualizar direcciones postales
- › Suscribirse para ver las Explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) en formato electrónico<sup>37</sup>
- › Revisar pagos de reclamos<sup>37</sup>

## Incorporación/cambio de beneficiarios

Para agregar una designación de beneficiario o para designar un nuevo beneficiario, se debe completar y firmar un Formulario de designación de beneficiario (CSB-11-0010BDF). El formulario debe contener el nombre completo del beneficiario, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, la

dirección y la relación con la persona asegurada. El formulario debe estar firmado por la persona asegurada primaria y fechado.

## Cambio de nombre

Para cambiar el nombre de la persona asegurada, se debe completar y firmar un Formulario de cambio de relación y designación (CSB-11-0010RCDF). El formulario debe contener el nombre completo de la persona asegurada. El formulario debe estar firmado por la persona asegurada primaria y fechado. La persona asegurada deberá enviar una copia de una identificación actualizada, como la licencia de conducir, la tarjeta del Seguro Social o el certificado de matrimonio.

## Cambio de autorización para transferencia electrónica de fondos/ giro bancario

Para cambiar el modo de facturación de la prima y pasar de facturación directa a giro bancario, se debe completar un formulario de Preautorización para transferencia electrónica de fondos (CSB-9-0035-EFT). Se debe indicar el número de cuenta bancaria y el número de ruta del banco. El titular de la cuenta bancaria debe firmar el formulario usando exactamente la misma firma que aparece en los registros bancarios. El titular de la cuenta bancaria debe firmar el formulario para autorizarnos a debitar

37. Aplicable únicamente para clientes del Seguro complementario de Medicare.

fondos de su cuenta. Si el débito se realiza de una cuenta de ahorros, utilice la información de la cuenta de ahorros que proporcione el banco/la institución financiera. Además, un cheque personal en blanco con la palabra “anulado” escrita en el frente del cheque debe acompañar la autorización completada y firmada.

## Incorporación/eliminación de dependientes

Para incorporar o eliminar un dependiente, se requiere una nueva solicitud, firmada por el titular de la póliza. Marque *Contract Change* (Cambio de contrato) en las opciones que aparecen en la parte de arriba de la solicitud. Si se agrega un dependiente, se debe indicar el nombre completo, la fecha de nacimiento, el sexo y la relación con la persona asegurada primaria, y se debe completar el cuestionario médico de la solicitud. Al recibir el formulario completado, el departamento de evaluación de riesgos médicos revisará la elegibilidad del dependiente para la cobertura y tomará todas las decisiones al respecto. La incorporación del dependiente entrará en vigor en la siguiente fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de aprobación. La prima con el aumento se facturará o debitará en ese momento.

Para eliminar a un dependiente, se debe indicar en la solicitud el nombre del dependiente y el motivo de la eliminación. No se requiere completar preguntas médicas, ya que no corresponde. Cuando se reciba el formulario completado, el dependiente será eliminado de la cobertura y la prima se ajustará según sea necesario.

## Hijo dependiente que cumple con los requisitos

Un *hijo* dependiente que cumple con los requisitos significa sus hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, niños que usted haya recibido en tutela para la adopción, o niños que haya recibido en guarda o que haya recibido por una orden administrativa/una orden/una tutela ordenada por un juez, incluso un nieto, que cumple con los siguientes requisitos:

- › Es asegurable y está nombrado en la solicitud.
- › No está casado.
- › Depende principalmente de usted o su cónyuge para su manutención.
- › Tiene menos de 26 años. Las edades pueden variar de un estado a otro.

Esto también incluye a los hijos dependientes, cualquiera sea su edad, que:

- › Tienen una discapacidad mental o física.

- › Quedaron o queden discapacitados antes de la edad límite y no pueden mantenerse a sí mismos debido a su discapacidad.

Cuando un cónyuge o hijo dependiente ya no cumple con los requisitos para tener cobertura, se debe presentar una nueva solicitud para la evaluación de riesgos médicos. Para todos los demás productos, los dependientes que ya no cumplan con los requisitos para tener cobertura, debido a la edad, etc., deben completar una nueva solicitud dentro de los 31 días siguientes a cumplir 26 años. La Póliza de conversión se emitirá sin evidencia de buena salud con sujeción a las condiciones establecidas en el contrato.

## Aumento/reducción de la cobertura

Para un aumento en la cobertura, se requiere una nueva solicitud que debe presentarse como una Nueva contratación, ya que no podemos aumentar la cobertura sobre una póliza existente. Al recibir la solicitud, el departamento de evaluación de riesgos médicos revisará el aumento de beneficios pedido y tomará todas las decisiones definitivas al respecto. Se emitirá una póliza por separado para la cobertura adicional.

Para una reducción en la cobertura, se debe presentar un formulario de Servicio de contrato (CSB-11-0010PSF) y se debe completar el campo *Special Request* (Solicitud especial) para indicar el cambio de cobertura. La cobertura se reducirá y la prima se ajustará según sea necesario.

## Rehabilitación

Cuando una póliza se interrumpe, se requiere una nueva solicitud, firmada por la persona asegurada primaria, para la rehabilitación de la cobertura. Marque *Reinstatement* (Rehabilitación) en las opciones que aparecen en la parte de arriba de la solicitud, complete las preguntas médicas y envíe el documento al departamento de evaluación de riesgos médicos a la dirección indicada abajo. La solicitud debe recibirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la firma del formulario. Si se aprueba la rehabilitación de la póliza, se rehabilitará con el mismo número de póliza.

Se enviará una carta de Servicio al Cliente que indicará que se ha aprobado la rehabilitación y cuál es la cantidad de la prima adeudada. No envíe dinero con la solicitud completada. Si se deniega la rehabilitación, el departamento de evaluación de riesgos médicos enviará una carta al cliente con el/los motivo(s) que provocó/provocaron la denegación de la póliza.

Comuníquese con Servicio al Cliente al [866.459.4272](tel:866.459.4272), o envíe una solicitud de rehabilitación y las solicitudes completadas a:

Cigna Supplemental Benefits  
PO Box 5725 | Scranton, PA 18505-5725.  
Fax: [888.670.0146](tel:888.670.0146) | [CSBSupport@Cigna.com](mailto:CSBSupport@Cigna.com)

## Giro bancario/pago automático

### Establecimiento de la cuenta corriente

Si se elige el método de pago mensual (giro bancario/pago automático) a través de una cuenta corriente, complete todo el acuerdo de transferencia electrónica de fondos incluido en el paquete de solicitud y obtenga la firma de la persona que asumirá responsabilidad financiera por la póliza. Si lo envía por fax, adjunte un cheque anulado de la cuenta que se debitará con la carátula de FaxApp. Incluya el número de ruta del banco y el número de cuenta, ya que no podemos procesar la solicitud sin esta información. [Ver "Carátula de FaxApp" en la página 59.](#)

### Establecimiento de la cuenta de ahorros

Si se elige el método de pago mensual mediante giro bancario o pago automático de una cuenta de ahorros, debemos tener una constancia del número de cuenta escrito en la sección de autorización del giro bancario. Si envía la solicitud por correo o por fax, debe enviar un comprobante de depósito para la verificación de la cuenta. El solicitante debe obtener de su banco el número de ruta apropiado para debitar fondos de una cuenta de ahorros, ya que es posible que el número de ruta del comprobante de depósito de la cuenta de ahorros no sea correcto. Tache el número de ruta del comprobante de depósito y escriba el número de ruta correcto para los débitos

que le proporcione el banco. No podemos procesar la solicitud sin esta información.

Si presenta múltiples solicitudes, asegúrese de que *cada* solicitud tenga la información bancaria completa y esté firmada por la persona responsable del pago. Además, *cada* solicitud debe ir acompañada de un cheque anulado para las cuentas corrientes o un comprobante de depósito para las cuentas de ahorros.

### Giros bancarios

La prima inicial de todas las pólizas se debitará en la fecha de activación/emisión de la póliza, independientemente de la fecha de cobertura solicitada. Los débitos subsiguientes se realizarán en la fecha para el débito que elija el solicitante. El solicitante puede elegir cualquier fecha, salvo el día 29, 30 o 31 del mes. Si no se indica ninguna fecha para el débito en la solicitud, los débitos se realizarán el mismo día del mes correspondiente a la fecha de entrada en vigor de la póliza. Por ejemplo, si la póliza entra en vigor el 15 de abril, las primas subsiguientes de la póliza se debitarán el 15 de cada mes.

### Factura directa

La facturación directa está disponible para todos los modos de primas, salvo para el mensual.

## Comisiones

### Adelantos

Si su agente superior y la Compañía lo aprueban, pueden otorgarse adelantos de comisiones. Los adelantos de comisiones para las contrataciones recientes se acreditarán en su cuenta en forma diaria. Los adelantos se pagan mediante depósito directo en la cuenta que tenemos registrada para ese agente. Solo brindamos adelantos de comisiones cuando la prima inicial se paga mediante giro bancario/EFT mensual o mediante un cheque personal preimpreso del cliente. No adelantaremos comisiones para operaciones de seguros realizadas para miembros de la familia.

Las comisiones ganadas en el primer año y por renovación se acreditan en su cuenta en forma quincenal. Puede encontrar el cronograma de estados de cuenta de comisiones quincenales en AgentView (*Agency Management* [Gestión para agencias] > *Commissions* [Comisiones]).

Los adelantos se pagan en incrementos de seis, nueve o 12 meses. Para el Seguro complementario de Medicare, los adelantos se pagan en incrementos de seis, nueve, 12 y 15 meses. Se cobran intereses sobre todos los saldos de adelantos garantizados, desde el comienzo hasta su cancelación (no se aplica

para los adelantos de comisiones del Seguro complementario de Medicare ofrecido por CHLIC o CNHIC; no se cobran intereses). El saldo del adelanto para una póliza vigente (saldo de adelanto garantizado) se cancela con la comisión ganada sobre esa póliza específica. Una vez que se cancele el saldo del adelanto, las comisiones que se ganen en el futuro serán pagaderas al agente. Si el saldo del adelanto deja de estar garantizado (la póliza se interrumpe, etc.), el registro del saldo del adelanto se cambia a saldo del adelanto no garantizado. Estos saldos no garantizados se cancelan reteniendo el 100% de todas las comisiones pagaderas, los nuevos adelantos y las comisiones ganadas en el primer año o por renovación, hasta su recuperación. CSB declara únicamente las comisiones ganadas como cantidades sujetas a impuestos en el formulario 1099 del agente.

*El adelanto máximo por el Seguro de vida entera es de \$1,500 por póliza. Recuerde que si el fallecimiento se produce en el primer año, otorgamos un reembolso total por la póliza. Como resultado, las comisiones se revertirán. Consulte su programa de comisiones para obtener información sobre las reversiones de comisiones y los reembolsos.*

*A modo de recordatorio, los adelantos de comisiones solo se pagan con operaciones mediante giro bancario y solo en el momento de la activación original de la póliza.*

Si tiene alguna pregunta acerca de sus comisiones, puede comunicarse con el área de Comisiones llamando al [877.454.0923](tel:877.454.0923).

## Servicios para agentes

### AgentView

AgentView ([AgentViewCigna.com](http://AgentViewCigna.com)) le brinda las herramientas necesarias para gestionar de manera efectiva sus operaciones. Todos los formularios de operaciones y de Servicio al Cliente están disponibles en AgentView. Puede descargar solicitudes, hacer un seguimiento de sus operaciones, ver los estados de cuenta de comisiones y mucho más.

Para crear una cuenta:

- Complete la sección *Create an Account* (Crear una cuenta) con su nombre de usuario y contraseña.
- Complete la sección *Personal Information* (Información personal) con su dirección de correo electrónico, nombre y apellido, y número del Seguro Social.
- Complete la información *Security Information* (Información de seguridad) respondiendo las cuatro preguntas de seguridad.
- Por último, complete la sección *Eligibility Verification* (Verificación de la elegibilidad) con su número de agente y código postal.

*Si registra un número de ID fiscal corporativa o una agencia, ingrese el apellido y el número del Seguro Social del representante corporativo y agregue "SYS" delante del número para la emisión. Si necesita asistencia para registrarse o para iniciar sesión en el sitio web, comuníquese con nuestra Línea de Recursos para Agentes al [877.454.0923](tel:877.454.0923).*

### Notificaciones para agentes

Cada semana se envían muchas comunicaciones

por correo electrónico y notificaciones para los agentes, a fin de brindarles la información más actualizada. Se necesita una dirección de correo electrónico actualizada y correcta para recibir las notificaciones para agentes, además de obtener confirmaciones por correo electrónico cuando nos envíe una operación. Para actualizar su dirección de correo electrónico y otra información de contacto, envíe un mensaje de correo electrónico al [Departamento de Otorgamiento de Licencias a CSBLicensing@Cigna.com](mailto:Departamento de Otorgamiento de Licencias a CSBLicensing@Cigna.com).

### Revisión y aprobación de la publicidad

Todos los materiales publicitarios, incluidos los impresos, mensajes de correo electrónico, sitios web, presentaciones, etc., independientemente de que estén dirigidos a consumidores o agentes, deben ser aprobados por nuestros departamentos de Cumplimiento y Comercialización antes de su uso. Todo aquello que esté destinado a generar el interés del público en un producto, compañía o agente de seguros se considera publicidad. Hay dos maneras de recibir la aprobación de su publicidad personal en la que se utilicen nombres, logotipos o productos de nuestra compañía.

- Si ha creado una publicidad, envíe una copia del anuncio para su aprobación previa completando un formulario de Solicitud de revisión de material publicitario (CSB-9-0024). Puede obtener este formulario y las pautas publicitarias completas en AgentView en *Business Building* (Generación de negocios) > *Creating Ads* (Creación de anuncios).
- Si le interesa utilizar alguno de nuestros

materiales publicitarios preaprobados, puede consultar la Cartera de materiales para conseguir nuevos clientes de CSB (CSB-9-0031), donde encontrará una variedad de anuncios exclusivamente para el Seguro complementario de Medicare. También puede encontrar la Cartera de materiales para conseguir nuevos clientes de CSB en AgentView, en *Business Building* (Desarrollo de negocios) > *Creating Ads* (Creación de anuncios).

Una vez que envíe/seleccione su publicidad, deberá esperar como mínimo cinco días hábiles para que el Departamento de Cumplimiento la revise.

- CSB se comunicará con el agente para informarle que se aprobó la publicidad o notificarle acerca de los cambios que deben hacerse para cumplir con la política y las reglamentaciones en materia de publicidad. *Muchos materiales publicitarios también requieren la aprobación del departamento de seguros del estado correspondiente.*

- Para que se vuelva a evaluar cualquier material publicitario desaprobado anteriormente, debe volver a enviarse a la Oficina central con todas las revisiones necesarias.
- Una vez que se aprueba un material publicitario, el Departamento de Cumplimiento le asigna un número de formulario de publicidad, que debe incluirse en el anuncio. *Esta aprobación tiene una validez de seis meses.* Si desea seguir usando la publicidad pasado este período, debe volver a presentarla para su aprobación.

Para obtener más información sobre nuestras políticas publicitarias, llame a nuestro Departamento de Cumplimiento al [877.454.0923](tel:877.454.0923), ext. 8074794.

## Grupo/asociación

Todos los productos complementarios cumplen con los requisitos en virtud de un Plan de beneficios flexibles (cafetería) según el Artículo 125; sin embargo, la cláusula adicional de devolución de primas y la cláusula adicional de monto de ahorro no pueden ofrecerse en virtud de un Plan de beneficios flexibles según el Artículo 125.

### Cómo establecer su grupo/asociación

Envíe por correo electrónico el formulario *Group/Association Setup* (Creación de grupo/asociación) al coordinador de casos de grupos/asociaciones a [CSBNewBusiness@Cigna.com](mailto:CSBNewBusiness@Cigna.com).

Cuando se establezca inicialmente el grupo/la asociación, todas las solicitudes deben tener la misma fecha de entrada en vigor.

Si se aprueba, se le asignará un Número de grupo de CSB, y luego deberá:

- Completar la solicitud apropiada para cada miembro (para Ohio se requiere la Solicitud de seguro colectivo con emisión de pólizas individuales).
- Incluir el Número de grupo de CSB asignado en cada solicitud y carátula, y enviar por fax al coordinador de casos de grupos/asociaciones. *Si el pago se realizará mediante factura de lista, también debe incluir el Formulario de deducción salarial.*

*Debe esperar hasta recibir todas las solicitudes*

*para enviárselas al Departamento de Nuevas Contrataciones.*

Si los clientes pagarán su prima mediante giro bancario o factura directa, eso es todo.

Si pagarán mediante factura de lista, usted debe:

- Hacer una copia de todos los formularios de deducción salarial y entregárselos al administrador de nómina.

### Portabilidad

La persona asegurada podrá conservar la cobertura en forma individual en caso de que deje de trabajar con el empleador o de ser miembro de una asociación. No se necesita conversión.

### Requisitos de elegibilidad para la deducción salarial y asociación

Se requiere un mínimo de cinco vidas para el método de pago mediante factura de lista con evaluación de riesgos médicos completa. Las solicitudes que no cumplan con el requisito mínimo podrán venderse para las opciones de pago de la prima mediante giro bancario o factura directa.

### Requisitos de elegibilidad para empleados y miembros

Las personas que actualmente reúnan los requisitos para recibir beneficios por incapacidad o que hayan recibido un

diagnóstico positivo de VIH, SIDA o CRS (complejo relacionado con el SIDA) no cumplen con los requisitos.

## Asociaciones elegibles

Para ser considerada elegible para este programa, una asociación debe operar con un acta constitutiva y/o un estatuto y brindar programas de apoyo o beneficios significativos a sus miembros. Además, la asociación no puede constituirse exclusivamente para obtener cobertura de seguros. Las asociaciones profesionales, comerciales y de empleadores son ejemplos de asociaciones que reunirían los requisitos.

Las asociaciones deben comprometerse a cooperar con el agente y promover la concientización/participación entre sus miembros.

## Información sobre facturación y primas mediante deducción salarial

Se ofrecen dos opciones para los empleadores.

- › Factura de lista: Con al menos cinco pólizas emitidas.
- › Giro bancario: El administrador de nómina podrá optar por remitir las primas correspondientes a sus empleados mediante una cuenta común del empleador, utilizando el giro bancario, solo cuando las primas de los empleados se deduzcan de su salario.

## Información sobre facturación y primas de la asociación

Se ofrecen dos opciones para las operaciones con una asociación.

- › Giro bancario: Los solicitantes pueden optar por pagar sus primas a través de una cuenta bancaria personal en forma individual, mediante una EFT.
- › Factura directa: Los solicitantes pueden optar por pagar sus primas mediante una factura directa individual trimestral, semestral o anual.

## Proceso de aprobación

Cada empleador/asociación debe recibir aprobación antes de realizar cualquier operación. Complete el Formulario de creación de grupo/asociación y envíelo por correo electrónico a [CSBPremiumReferrals@Cigna.com](mailto:CSBPremiumReferrals@Cigna.com) o por fax al 888-670-0146. El coordinador de casos le proporcionará al agente el número de

asociación dentro de un plazo de dos días.

Este número debe incluirse en el área designada de cada solicitud para todas las operaciones que se presenten en el futuro.

## Fechas de emisión

Para las operaciones mediante factura de lista, es obligatorio indicar una fecha de emisión en la solicitud, que debe basarse en la deducción por parte del empleador de la prima correspondiente a, al menos, un mes.

Por ejemplo: Si un empleador comenzó a hacer deducciones el 1 de septiembre, la fecha de emisión sería el 1 de octubre. Para el giro bancario o la factura directa, se puede solicitar una fecha de emisión, pero no es obligatorio hacerlo.

## Presentación de nuevas contrataciones

Si solicita la opción de pago mediante factura de lista, debe mantener en espera las solicitudes hasta haber alcanzado el mínimo de cinco vidas. Las solicitudes que usen las opciones de pago mediante giro bancario o factura directa pueden presentarse hasta 60 días después de la fecha de firma de la solicitud. Las solicitudes que usen la opción de pago mediante factura de lista pueden presentarse hasta 90 días después de la fecha de firma. Con cualquiera de las dos opciones de pago, la fecha de entrada en vigor solicitada puede tener lugar hasta 90 días después de la fecha de firma de la solicitud.

## Prima con la solicitud

- › Giro bancario: Se puede enviar la prima del primer mes con la solicitud, pero no es obligatorio.
- › Factura directa: Es obligatorio el pago de la primera prima con la solicitud.
- › Factura de lista: Se puede enviar el pago de la primera prima, pero no es obligatorio.
- › Correo regular: Debe ir acompañada de un cheque o un formulario de giro bancario completado para la primera prima modal.

New Business/Imaging  
PO Box 5725  
Scranton, PA 18505-5725

*Correo urgente o expreso*  
Cigna Supplemental Benefits  
11200 Lakeline Blvd., Suite 100  
Austin, TX 78717

# FORMULARIO DE CREACIÓN DE GRUPO/ASOCIACIÓN

**Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a:** CSBPrenniunnReferrals@Cigna.conn Attn: Group/Association Case Coordinator Cada empleador/asociación debe recibir aprobación antes de realizar o enviar cualquier operación.

- El empleador debe enviar solicitudes con respecto a, por lo menos, cinco vidas y debe mantener un mínimo de cinco vidas para poder considerarse un grupo/una asociación.
- Escriba con computadora o en letra de molde clara toda la información que se solicita a continuación.

## INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR/LA ASOCIACIÓN

Nombre del empleador/la asociación:		Número de ID fiscal:	
Dirección:		Número de teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de fax: ( )
Naturaleza de la actividad:		Dirección de correo electrónico:	
Factura de lista únicamente: ¿Parte de un plan según el Artículo 125? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", identifique al administrador del plan:			
Factura de lista únicamente: ¿Todos los empleados participarán en el Artículo 125? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Modalidad del plan:	

## PRODUCTOS QUE SE SUSCRIBIRÁN

- American Retirement Life Insurance Company (*denominada "Compañía"*)  Cigna Health and Life Insurance Company  Cigna National Health Insurance Company  Loyal American Life Insurance Company

Productos que se suscribirán: \_\_\_\_\_

¿Prevé reemplazar alguno de los productos que ya tiene?  Sí  No Si respondió "Sí", indique cuáles: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LA FACTURACIÓN (factura de lista únicamente)

¿Es necesario verificar la información de facturación con el agente antes de comunicarse con el empleador?  Sí  No

Nombre y cargo de la persona de contacto para la facturación:	Ext.:		
Dirección de facturación (si es diferente de la anterior):	Ciudad:	Estado:	Código postal:

## INFORMACIÓN PARA LA CONFIGURACIÓN DE LA FACTURACIÓN

Método de facturación	<i>Seleccione una opción:</i> <input type="checkbox"/> Giro bancario mensual <input type="checkbox"/> Factura de lista Nota: Para calcular la prima de la factura de lista, multiplique la prima del giro bancario anual/mensual por el factor que corresponda. (Consulte la Guía para agentes)		
Giro bancario únicamente:	<i>Los giros se realizarán con fondos de:</i> <input type="checkbox"/> Cuenta de cada miembro individual <input type="checkbox"/> Una cuenta del empleador		
Factura de lista únicamente:	Orden de facturación de prima ( <i>elija una opción</i> ): <input type="checkbox"/> Alfabética <input type="checkbox"/> N.º del Seguro Social <input checked="" type="checkbox"/> N.º de póliza		
	Frecuencia de facturación ( <i>con qué frecuencia se envía la factura</i> ): <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		
	<input type="checkbox"/> Otra <i>Consulte la solicitud del producto para conocer "otras" frecuencias de facturación disponibles.</i>		
	Fecha de la primera deducción salarial:	<input type="checkbox"/> Ninguna: Los beneficios son pagados por el empleador	

Fecha de emisión solicitada: **(La fecha de emisión es el día que vence el primer pago).**

## INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE

Nombre del agente de seguros:	
Dirección de correo electrónico:	Número de fax:

**Nota:** Las fechas de emisión de las pólizas deben basarse en, al menos, cinco deducciones semanales o tres deducciones quincenales. Consulte la solicitud del producto para conocer "otras" frecuencias de facturación disponibles.

**Las facturas se envían por correo 5 días antes de la fecha de vencimiento de la prima.**

# FORMULARIO DE CREACIÓN DE GRUPO/ASOCIACIÓN

**Si solicita EFT grupal, factura de lista o deducción salarial, debe completar esta sección.**

El empleador acepta el programa de DEDUCCIONES SALARIALES:  Sí  No

El empleador se compromete a hacer las deducciones salariales de las primas, según lo autorizado por los empleados, y a remitir la suma total a la Compañía una vez recibida la factura de lista. El empleador no asume ninguna responsabilidad ni obligación por el seguro del empleado ni por los retrasos en los pagos o la prima, salvo en la medida de lo dispuesto en este documento. El empleador acepta que, a partir de la fecha de la deducción salarial, las sumas debitadas son propiedad de la Compañía y el empleador las retiene en calidad de agente de la Compañía con la única obligación de remitir los fondos.

Si el empleador exige un nivel de participación mínima antes de que se autorice la deducción salarial, indique aquí el nivel de participación:

La Compañía se compromete a entregar una constancia que indique la prima que adeuda cada empleado participante. El empleador se compromete a remitir los fondos dentro de un plazo de 10 días a partir de que reciba la constancia mensual. El empleador también se compromete a notificar de inmediato a la Compañía el nombre, la dirección y el número de teléfono de los empleados participantes que finalicen su relación laboral o que revoquen su autorización de deducción salarial y respecto de los cuales dejará de hacer pagos. Si el empleador rescinde este acuerdo mediante una notificación escrita cursada a la Compañía con 30 días de anticipación, quedará plenamente liberado de todas sus obligaciones una vez que remita las primas deducidas con anterioridad a dicha rescisión. En caso de que las primas dejen de cobrarse mediante deducción salarial, el empleado deberá pagárselas directamente a la Compañía.

Si la prima de un empleado se modifica después de la fecha de la solicitud, la Compañía le comunicará esta situación al agente en el momento de la emisión de la póliza. El agente es responsable de comunicar estos cambios en la prima al empleador y de coordinar la actualización de la deducción de la prima para el empleado.

CONSTANCIA DEL AGENTE Y DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR:

Entiendo que únicamente el presidente, vicepresidente o secretario de la Compañía están facultados a modificar una póliza, cobertura, prima, evaluación de riesgos médicos o cualquier otro procedimiento o beneficio. Ningún agente podrá aceptar riesgos, alterar o modificar pólizas o procedimientos, ni renunciar a ninguna disposición del Programa de deducciones salariales o de la póliza. A mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario es correcta.

Nombre y cargo del representante\*: \_\_\_\_\_

*\* Si las deducciones se harán de una cuenta del empleador, el representante del empleador debe ser un firmante autorizado de la cuenta.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del agente de seguros: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a American Retirement Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna National Health Insurance Company, Loyal American Life Insurance Company, Provident American Life & Health Insurance Company y Sterling Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

# FORMULARIO DE DEDUCCIÓN SALARIAL

Complete este formulario y envíelo por fax con las solicitudes de nuevas contrataciones completadas al 877.704.8186.

Autorización del empleado para la deducción de primas de su salario: Por el presente solicito que deduzcan la prima correspondiente de mi salario y la remitan a la Compañía. Dichas deducciones cesarán (1) cuando finalice mi relación laboral, (2) mediante notificación escrita cursada por mí en la que solicite la cancelación de las deducciones e indique la fecha en la que dicha cancelación se hará efectiva, (3) cuando finalice este plan de deducciones salariales o (4) mediante notificación escrita cursada por la Compañía.

Entiendo que las sumas de las deducciones de las primas pueden cambiar y por el presente prescribo mi consentimiento para dichos cambios sin que se necesite una autorización adicional de mi parte, oral o escrita, siempre que la compañía de seguros mencionada anteriormente certifique por escrito que los cambios en las primas afectan de manera uniforme a todos los miembros de la clase a la cual pertenezco.

## INFORMACIÓN

Fecha:	N.º del Seguro Social del empleado:		
Nombre del empleado (en letra de molde):			
Nombre del cónyuge (si corresponde):			
Prima mensual aproximada:	Empleado \$	Cónyuge \$	Total \$
Fecha de entrada en vigor solicitada:			

Firma del empleado: \_\_\_\_\_



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través ellas, que incluyen a American Retirement Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company o Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

# FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE NUEVAS CONTRATACIONES/FAXAPP

Para: Cigna Supplemental Benefits (N.º de fax: 877.704.8186)

## Información sobre el agente (obligatoria)

De	
N.º de teléfono:	Fax:
N.º para la emisión de pólizas:	Correo electrónico:
Fecha:	Cant. de páginas: + carátula

## Información sobre el solicitante (obligatoria)

Nombre:	N.º del Seguro Social:

**Todas las solicitudes enviadas con una única carátula deben provenir del mismo agente responsable.**

## Procedimientos

Para obtener el servicio más rápido, envíe una solicitud por carátula y solo una solicitud por transmisión, a menos que desee enviar una solicitud en Combo. Marque la casilla "Combo" si enviará varias solicitudes para un solo solicitante. Puede enviar hasta cinco solicitudes con una única carátula por transmisión. No obstante, no supere las 25 páginas por transmisión.

Simplemente complete la solicitud y envíe lo siguiente por fax al **877.704.8186**.

- › Carátula de FaxApp
- › Solicitud en orden numérico de páginas
- › Formularios específicos para el estado o formularios de reemplazo, si corresponde
- › Copia del cheque de la prima inicial, si se lo dio el cliente en el punto de venta

## Prima

- › Se alienta a los agentes a usar el formulario de Autorización de giro bancario para debitar la primera prima en lugar de cobrársela al solicitante.
- › Si le cobró la prima inicial al solicitante, indique el número de caso en el cheque y envíe el cheque por correo, engrapado a la parte superior de la carátula de FaxApp, a:

**Imaging - New Business**  
**PO Box 5725, Scranton, PA 18505-5725**

Debemos recibir la prima dentro de un plazo de 10 días desde la recepción de la solicitud. Si no se recibe dentro del plazo de 10 días, le enviaremos una carta para indicarle que envíe de inmediato el dinero correspondiente a la póliza. Si no recibimos el cheque después de 20 días, le enviaremos una carta para informarle que el contrato se cancelará en cinco días, a menos que recibamos el pago por el contrato emitido. Si no recibimos el pago después de 25 días, les enviaremos una carta a usted y al solicitante para informarles que se cerró el legajo y que la póliza se canceló por falta de pago de la prima.



## Tablas de estatura y peso

### Seguro complementario de Medicare

Los solicitantes cuyo peso se encuentre fuera de los límites de la tabla pueden ser asegurables en la clase Standard II o Standard III del Seguro complementario de Medicare si está disponible en su estado.

*Si la estatura del cliente no está incluida en la tabla, llame al departamento de evaluación de riesgos médicos al [866.825.4822](tel:866.825.4822).*

Las condiciones seleccionadas incluyen el consumo de tabaco, diabetes o medicamentos de mantenimiento para condiciones cardíacas y vasculares. Los solicitantes con una de las condiciones seleccionadas cuyo peso sea mayor al peso máximo de la columna "Peso máximo para la clase Standard II o Standard III" pueden reunir los requisitos para la clase Standard II o Standard III. Consulte el Resumen de la cobertura de su estado o nuestra tabla de Disponibilidad de productos para conocer la disponibilidad.

Femenino			Estatura	Masculino		
Peso mínimo para todas las clases	Peso máximo para la clase Preferred	Peso máximo para la clase Standard o con determinadas condiciones seleccionadas		Peso mínimo para todas las clases	Peso máximo para la clase Preferred	Peso máximo para la clase Standard o con determinadas condiciones seleccionadas
77	158	145	4'6"	85	166	149
80	163	150	4'7"	88	172	155
83	169	155	4'8"	91	178	160
86	176	161	4'9"	95	185	166
89	181	166	4'10"	98	191	172
92	188	172	4'11"	101	198	178
95	195	179	5'0"	105	205	184
98	201	185	5'1"	108	212	191
101	208	191	5'2"	111	219	197
104	215	197	5'3"	114	226	203
108	221	203	5'4"	119	233	209
111	228	209	5'5"	122	240	216
115	236	216	5'6"	127	248	223
118	242	222	5'7"	130	255	229
122	250	229	5'8"	134	263	236
125	257	236	5'9"	138	271	244
129	265	243	5'10"	142	279	251
133	273	250	5'11"	146	287	258
136	280	257	6'0"	150	295	265
140	288	264	6'1"	154	303	272
144	296	272	6'2"	158	312	280
148	304	279	6'3"	163	320	288
152	313	287	6'4"	167	329	296
156	320	294	6'5"	172	337	303
160	329	301	6'6"	176	346	311
164	337	309	6'7"	180	355	319

## Flexible Choice

Se usa cuando se solicita alguno de los siguientes productos: póliza básica/cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral, cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón, cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos. Esta tabla también se usará cuando se soliciten las cláusulas adicionales precedentes en virtud del producto Flexible Choice para cáncer.

## Tratamiento del cáncer y tratamiento para accidentes

Se usa cuando se solicita alguna de las siguientes cláusulas adicionales para cualquiera de los dos productos: cláusula adicional por ataque al corazón/derrame cerebral, cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y para unidad de cuidados intensivos, cláusula adicional de beneficio de indemnidad hospitalaria y cláusula adicional de beneficio de indemnidad para unidad de cuidados intensivos.

Femenino y masculino	
Estatura (ft/in)	Peso (lb) (no más de)
4'8"	190
4'9"	198
4'10"	205
4'11"	211
5'0"	219
5'1"	226
5'2"	233
5'3"	240
5'4"	247
5'5"	252
5'6"	258
5'7"	262
5'8"	269
5'9"	279
5'10"	289
5'11"	300
6'0"	311
6'1"	319
6'2"	326
6'3"	333
6'4"	338
6'5"	343
6'6"	351
6'7"	358

## Tablas y cuadros

### Modos de las primas del Seguro complementario de Medicare

Modo	Giro bancario	Factura directa	Factura de lista
Mensualmente	0.0833 <sup>38</sup>	N/C	0.09
Trimestralmente	0.265	0.265	0.265
Semestralmente	0.520	0.520	0.520

### Modos de las primas del Seguro de vida entera individual

Modo	Giro bancario	Factura directa
Mensualmente	0.0875	N/C
Trimestralmente	0.265	0.265
Semestralmente	0.520	0.520

### Modos de las primas para el tratamiento del cáncer

Modo	Giro bancario	Factura directa	Factura de lista
Mensualmente	0.085	N/C	0.09
Trimestralmente	0.265	0.265	0.265
Semestralmente	0.520	0.520	0.520

### Modos de las primas del Seguro Flexible Choice para cáncer y ataque al corazón, y tratamiento para accidentes

Modo	Tarifa
Mensualmente	1.000
Trimestralmente	3.118
Semestralmente	6.118
Anualmente	11.765

### Cantidad del beneficio de los eventos habilitantes para la póliza por ataque al corazón/derrame cerebral con pago de una suma global

Eventos habilitantes	Porcentaje de la cantidad del beneficio pagadero	Porcentaje máx. de la cantidad del beneficio pagadero
Ataque al corazón	100%	100%
Trasplante de corazón o una combinación que incluye el corazón	100%	
Derrame cerebral	100%	
Cirugía de bypass aortocoronario <sup>39</sup>	25%	
Cirugía aórtica <sup>39</sup>	25%	
Cirugía de reemplazo/reparación de válvula cardíaca <sup>39</sup>	25%	
Angioplastia <sup>39</sup>	10%	
Stent <sup>39</sup>	10%	

### Cláusula adicional por recuperación de un ataque al corazón/derrame cerebral y cláusula adicional por cáncer y recurrencia con pago de una suma global

Período sin asesoramiento ni tratamiento	Porcentaje de la cantidad del beneficio pagadero	Porcentaje máx. de la cantidad del beneficio pagadero
Menos de 24 meses	0%	100%
De 24 meses a 5 años	25%	
De 5 años a 10 años	75%	
Más de 10 años	100%	

38. Para ID, MI, MN y OR, la tarifa es 0.085.

39. Beneficio pagadero una sola vez en la vida de una persona asegurada.



## **ANEXO A**

**Guía para vendedores sobre el programa de prevención del lavado de dinero para agentes y vendedores de las compañías de seguros de vida que comprende Cigna Supplemental Benefits (CSB).**



# Guía para vendedores sobre el programa de prevención del lavado de dinero para agentes y vendedores de las compañías de seguros de vida que comprende Cigna Supplemental Benefits (CSB)

Como vendedor de seguros, sus habilidades y servicios ayudarán a sus clientes a lograr el éxito y la seguridad para sus finanzas. Como usted está en las primeras líneas de una industria que maneja miles de millones de dólares, ocupa una posición única, no solo al servicio de sus clientes, sino también del país, al ayudar a prevenir el lavado de dinero y el financiamiento de actividades terroristas.

Para cumplir con las reglamentaciones federales sobre prevención del lavado de dinero para las compañías de seguros, CSB ha adoptado un programa detallado de prevención del lavado de dinero. Usted cumple un papel importante en ese programa. Como una persona que trata directamente con los clientes, a menudo ocupará una posición crítica para obtener información acerca del cliente, el origen de los fondos del cliente para los productos que usted vende y los motivos del cliente para contratar un producto de seguro. Es posible que tenga que recolectar y conservar información necesaria para evaluar el riesgo asociado con una operación en particular; en especial, para identificar clientes en negocios de alto riesgo o ubicaciones geográficas de alto riesgo, o que usan productos o servicios que puedan ser más susceptibles al abuso en el lavado de dinero u otra actividad ilegal.

## Capacitación obligatoria

Las reglamentaciones federales (31 CFR 103.137) exigen que las compañías de seguros de CSB proporcionen a sus agentes y vendedores capacitación permanente sobre prevención del lavado de dinero. Para evitar demoras en el procesamiento de nuevas contrataciones, CSB exige que complete satisfactoriamente la capacitación sobre prevención del lavado de dinero proporcionada por LIMRA en forma anual.

Si recibe un nombramiento de otra(s) compañía(s) de seguros que también utiliza(n) a LIMRA para su capacitación sobre AML, solo debe recibir la capacitación una vez. LIMRA compartirá automáticamente los resultados con todas las otras compañías de seguros con las que tenga nombramiento, que usen a LIMRA para su capacitación.

- Visite [Aml.Limra.com](http://Aml.Limra.com) e ingrese su nombre de usuario y contraseña en letras minúsculas en los espacios proporcionados. La función de inicio de sesión distingue mayúsculas y minúsculas. Su nombre de usuario es su Número de vendedor nacional (NPN, por sus siglas en inglés). Si es la primera vez que accede al curso, su contraseña es su apellido.

- Después se le indicará que cambie su contraseña.
- Haga clic en el botón de inicio de sesión.
- Complete uno de los cursos de Prevención del lavado de dinero apropiados. CSB recibirá automáticamente la notificación de que completó el curso.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de capacitación sobre AML, comuníquese con el departamento de Contratación de Agentes de CSB al [877.454.0923](tel:877.454.0923).

## Recopilación de información sobre clientes

Para vender pólizas de Seguro de vida entera individual y otros productos de seguro ofrecidos por una compañía de seguros de CSB que tengan un monto de ahorro o una característica de inversión, el programa de prevención del lavado de dinero de CSB exige que usted se asegure de que toda la información solicitada en el formulario de solicitud del producto y en los documentos asociados sea exacta y completa. Si un cliente se resiste a proporcionar alguna información solicitada, parece haber brindado información falsa o engañosa, se niega a proporcionar una forma de identificación aceptable o ha brindado información que no puede verificarse, antes de la contratación, debería comunicarse sin demora con el Departamento de Cumplimiento de CSB escribiendo a [CSBBusinessCompliance@Cigna.com](mailto:CSBBusinessCompliance@Cigna.com) y seguir las instrucciones que le den. Los registros de esta información deben conservarse mientras la póliza o el contrato sigan vigente y durante cinco años después de su finalización.

Las compañías de seguros de CSB han desarrollado un [Formulario de notificación e información sobre el cliente \(AR-NCIF o LY-NCIF\)](#) para ayudar a garantizar que se obtenga toda la información requerida sobre el cliente. En este momento, este formulario debe usarse en todas las ventas de productos de Seguro de vida entera individual y en relación con la venta de cualquier otro producto de seguro individual que tenga un monto de ahorro o una característica de inversión. Es

posible que se aplique una excepción según lo determine el Departamento de Cumplimiento de CSB para un producto de gastos finales, pero solo si la compañía de seguros de CSB utiliza una entrevista sobre los antecedentes personales y una verificación de los medicamentos con receta durante el proceso de evaluación de riesgos médicos.

## Información de actividades sospechosas

Usted debe notificarnos de inmediato si detecta alguna señal de alarma de lavado de dinero, de modo que CSB pueda determinar si se debe presentar un informe de actividad sospechosa (SAR, por sus siglas en inglés) ante el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. Por lo general, un SAR debe presentarse dentro de los 30 días siguientes a la detección inicial de la actividad sospechosa.

Las señales de alarma de la industria de seguros incluyen, a modo de ejemplo:

- ▶ La compra de un producto que parece no estar en consonancia con las necesidades de un cliente.
- ▶ La compra o el financiamiento de un producto que parece superar los ingresos conocidos o el patrimonio neto líquido del cliente.
- ▶ Cualquier intento de usar un método de pago inusual, especialmente en divisas o equivalentes de efectivo, como giros postales, cheques de viajero o cheques de caja.
- ▶ El pago de una suma importante dividida en sumas pequeñas.
- ▶ Que el cliente exprese poco o nada de inquietud acerca del rendimiento de las inversiones de un producto de seguro, pero mucha inquietud sobre las características de finalización anticipada del producto.
- ▶ La reticencia de un cliente a brindar información que le identifique, o el suministro de información que parece ficticia.
- ▶ Que un cliente pregunte cómo tomar un préstamo por la máxima cantidad disponible poco después de comprar el producto.
- ▶ Registrar a un beneficiario o destinatario que aparentemente sea un tercero no relacionado o que no tenga una relación aparente con el cliente.
- ▶ Que un cliente solicite una póliza fuera de su estado cuando haya un producto igual o similar en su estado de residencia.

- ▶ Que el cliente use una dirección postal fuera del estado.
- ▶ Cualquier otra actividad que usted considere sospechosa.

Si identifica alguna actividad sospechosa o señales de alarma de lavado de dinero, debe notificar de inmediato al Departamento de Cumplimiento de CSB, escribiendo a [CSBBusinessCompliance@Cigna.com](mailto:CSBBusinessCompliance@Cigna.com). En ese sentido, es posible que el personal de contacto de cumplimiento con AML de CSB u otro miembro del personal gerencial de CSB le pidan que investigue más a fondo u obtenga información adicional del cliente. Si se lo solicitan, debe obtener rápidamente cualquier información solicitada, de modo que CSB pueda determinar oportunamente si es necesario presentar un SAR.

El encargado/contacto de cumplimiento con AML de CSB tiene la responsabilidad exclusiva de determinar si es necesario presentar un SAR o no, y de responder a cualquier consulta de una agencia reguladora, un cliente, un empleado, un agente o un vendedor acerca de una actividad sospechosa o un SAR. El hecho de que una actividad sospechosa se esté investigando o de que se haya presentado o considerado un SAR -incluido el contenido de cualquier SAR que se haya presentado- es un asunto estrictamente confidencial. Un agente o vendedor no deberá, bajo ninguna circunstancia, revelar que se está investigando una actividad sospechosa o que se ha presentado o se está considerando presentar un SAR -incluido el contenido de un SAR- al sujeto de la investigación de la actividad sospechosa o SAR, ni a ningún tercero. Las violaciones de la confidencialidad relacionada con investigaciones o informes de actividades sospechosas pueden provocar sanciones civiles y/o penales sustanciales.

## Métodos de pago

Debe informar al cliente que solo se podrán usar los siguientes tipos de pago para comprar un producto de seguro a una compañía de seguros de CSB.

- ▶ Formulario de giro de cuenta corriente preautorizado debidamente completado.
- ▶ Cheque personal pagadero a la aseguradora/subsidiaria apropiada.
- ▶ Formulario de autorización de deducción salarial debidamente completado.

- › Transferencias electrónicas y otras formas de transferencia electrónica de fondos.
- › Cheques de otra institución financiera pagaderos a una compañía de seguros de CSB en beneficio de un cliente nuevo o existente.

Si un cliente le da una forma de pago inaceptable, usted debe explicar qué formas de pago son aceptables, devolverle inmediatamente el pago inaceptable y notificar al personal de cumplimiento sobre AML de CSB acerca de la señal de alarma. También debe notificar al personal de contacto de cumplimiento sobre AML de CSB si encuentra alguna dificultad al lidiar con un cliente en relación con las normas de CSB relativas a las formas de pago aceptables e inaceptables. Puede comunicarse con el personal de contacto de cumplimiento de CSB escribiendo a [CSBBusinessCompliance@Cigna.com](mailto:CSBBusinessCompliance@Cigna.com).

Tanto las compañías de seguros de CSB como sus vendedores comparten la responsabilidad de cumplir con el Programa de AML de CSB y todas las leyes de prevención del lavado de dinero aplicables. No hacerlo constituirá una causal para la aplicación de medidas disciplinarias, incluida la extinción con causa de su contrato. Además, la violación de las leyes de prevención del lavado de dinero puede exponer a los responsables a sanciones civiles y penales sustanciales en virtud de la ley federal.

## Lista de contactos

Valoramos que sea un agente de Cigna Supplemental Benefits. Sus operaciones son muy importantes para nosotros y nos esforzamos por lograr que operar con nosotros sea lo más fácil posible. Su reclutador/agente superior debería ser su primer punto de contacto. También puede comunicarse a los números o las direcciones de correo electrónico indicadas a continuación por asuntos regulares.

Contacto	Teléfono	Fax	Correo electrónico
Línea de Recursos para Agentes	877.454.0923		
Línea directa de verificación telefónica (PV)	866.825.4822		<a href="mailto:CSBNewBusiness@Cigna.com">CSBNewBusiness@Cigna.com</a>
Todos los reclamos	866.459.1755	512.531.1480	
Nuevas contrataciones	877.454.0923	888.695.2591	<a href="mailto:CSBNewBusiness@Cigna.com">CSBNewBusiness@Cigna.com</a>
Evaluación de riesgos médicos	877.454.0923		<a href="mailto:CSBNewBusiness@Cigna.com">CSBNewBusiness@Cigna.com</a>
Comisiones	877.454.0923	512.531.1469	<a href="mailto:CSBCommissions@Cigna.com">CSBCommissions@Cigna.com</a>
Otorgamiento de licencias y registro en el sitio web	877.454.0923	888.832.4154	<a href="mailto:CSBLicensing@Cigna.com">CSBLicensing@Cigna.com</a>
Asistencia para iniciar sesión en el sitio web	877.454.0923		<a href="mailto:CSBNewBusiness@Cigna.com">CSBNewBusiness@Cigna.com</a>
Disponibilidad de productos	877.454.0923		<a href="mailto:CSBAgentMarketing@Cigna.com">CSBAgentMarketing@Cigna.com</a>
Servicio al Cliente	877.454.0923	888.670.0146	<a href="mailto:CSBSupport@Cigna.com">CSBSupport@Cigna.com</a>
Envío de la solicitud por fax		877.704.8186	
Cobro de primas		888.670.0146	<a href="mailto:CSBPremiumReferrals@Cigna.com">CSBPremiumReferrals@Cigna.com</a>
Suministros			Consulte AgentView para hacer un pedido.

### Direcciones

Nuevas contrataciones/Imágenes  
PO Box 5725  
Scranton, PA 18505-5725

*Correo urgente o expreso*  
Cigna Supplemental Benefits  
11200 Lakeline Blvd., Suite 100  
Austin, TX 78717

Servicio al Cliente  
PO Box 5700  
Scranton, PA 18505-5700



Productos asegurados por Cigna Health and Life Insurance Company, American Retirement Life Insurance Company, Cigna National Health Insurance Company o Loyal American Life Insurance Company.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, American Retirement Life Insurance Company o Loyal American Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

ARLIC-1-0008 © 2022 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia. Para uso del agente únicamente.

952832SP a 02/22