

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO es un seguro de salud**

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle una cantidad limitada de dinero si usted si se enferma o es hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su cuidado.

- El pago que usted reciba no se basa en la cantidad de su factura por servicios médicos.
- Podría haber un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no reemplaza el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que se aplican al seguro de salud.

**¿Busca un seguro de salud integral?**

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener seguro de salud a través de su trabajo, o el de un familiar, comuníquese con el empleador.

**¿Preguntas sobre esta póliza?**

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](http://naic.org)) en “Insurance Departments” (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.



**Tempo, Inc.**  
**Resumen de Beneficios: Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria**  
**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

## **Protéjase de los altos costos del cuidado hospitalario con UnitedHealthcare.**

El Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria ayuda a proteger a los empleados de los gastos de hospital costosos. Todos los beneficios se le pagan directamente a la persona asegurada y se pueden utilizar para cualquier gasto.

### **Puntos sobresalientes de su Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria:**

Requisitos de Participación: Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas por cada semana.

<b>Beneficios del Plan</b>	<b>Cantidad del beneficio</b>
<b>Admisión en el Hospital</b> <i>Pagadero por lesión o enfermedad, el día de la admisión.</i> <b>(1 vez por cada año del plan)</b>	\$1,000
<b>Reclusión en el Hospital</b> <i>Pagadero una vez por cada día de reclusión por una lesión o enfermedad, a partir del día 2.</i> <b>(hasta 364 días por cada año del plan)</b>	\$150
<b>Reclusión en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU)</b> <i>Pagadero una vez por cada día de reclusión por una lesión o enfermedad, a partir del día 2.</i> <b>(hasta 364 días por cada año del plan)</b>	\$150

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.



**Tempo, Inc.**

**Resumen de Beneficios: Plan de Protección  
de Indemnización Hospitalaria**

**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

**Preguntas Frecuentes sobre su Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria (HIPP)**

¿Qué me ofrece la cobertura del Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria?	La cobertura de Indemnización Hospitalaria ofrece protección frente a los gastos de cuidado hospitalario como consecuencia de una enfermedad o lesión.
¿Quién paga por mi cobertura de Indemnización Hospitalaria?	Su empleador ha puesto la cobertura del Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria a disposición de todos los empleados que cumplen los requisitos de participación de forma voluntaria, lo que significa que usted paga sus primas si elige la cobertura.  También podría tener la opción de comprar la cobertura para su cónyuge o hijo.
¿Cumplio los requisitos para la cobertura?	Usted cumple los requisitos si trabaja un mínimo de 30 horas por cada semana y su empleador considera que usted cumple los requisitos para recibir los beneficios.
¿Cuándo entra en vigencia mi cobertura?	Usted debe estar activo en el trabajo con su empleador, como se define en su plan, en la fecha programada para que su cobertura entre en vigencia. De lo contrario, su cobertura entra en vigencia cuando vuelva a estar activo en su trabajo.
¿El embarazo tiene cobertura en mi Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria?	Sí, la hospitalización por parto de rutina está incluida en la cobertura de su Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria.  Se excluye el parto que ocurre dentro de los primeros 9 meses de la fecha de vigencia de la cobertura.  Las complicaciones del embarazo tienen cobertura igual que cualquier otra enfermedad.
¿Cómo incluir a un recién nacido en la cobertura?	La cobertura para los recién nacidos comienza desde el instante en que nacen durante los primeros 31 días. Deberá notificarnos en un plazo de 31 días a partir del nacimiento si desea inscribir a ese hijo, independientemente de si ya hay hijos dependientes cubiertos.
¿Mi Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria cubre el cuidado para recién nacidos o enfermería?	No se incluye la enfermería de rutina para un niño recién nacido o cuidado preventivo de rutina para el bebé.  Si el recién nacido es admitido y recluido en el hospital debido a complicaciones, estaría cubierto como cualquier otra enfermedad.

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.



**Tempo, Inc.**

**Resumen de Beneficios: Plan de Protección  
de Indemnización Hospitalaria**

**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

¿Los beneficios de reclusión se pagan el día de mi admisión en el hospital o en la unidad de cuidados intensivos?

Los beneficios por reclusión comienzan el día siguiente a la admisión.

Para que un beneficio por reclusión sea pagadero, es necesario que se haya incurrido un cargo por habitación y comida por ese día.

Si me admiten en la unidad de cuidados intensivos, ¿también obtendré el beneficio de admisión en el hospital?

Cada persona cubierta podría recibir el beneficio de admisión de 1 Día en el Hospital y en la unidad de cuidados intensivos por cada año del plan.

Si una persona cubierta es admitida en la unidad de cuidados intensivos y no ha agotado su beneficio de admisión en el hospital, el beneficio de admisión en el hospital se pagaría además del beneficio de admisión en la unidad de cuidados intensivos.

Si estoy recluido en la unidad de cuidados intensivos, ¿recibiré también el beneficio de reclusión en un hospital por esos días?

Cada persona cubierta podría recibir beneficios hasta de 364 días de reclusión en un hospital y hasta 364 días de reclusión en la unidad de cuidados intensivos, por cada año del plan.

Si una persona cubierta es recluida en la unidad de cuidados intensivos y no ha agotado su beneficio de reclusión en el hospital, el beneficio de reclusión en el hospital se pagaría además del beneficio de reclusión en la unidad de cuidados intensivos.

¿Puedo mantener la cobertura de mi Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria si dejo a mi empleador?

Su póliza contiene lo siguiente. Consulte con su representante de Recursos Humanos (HR) o en su Certificado de Cobertura las disposiciones específicas. Su empleador le proporcionará la documentación inicial.

**Portabilidad**

- Podría estar disponible para el cónyuge y los hijos cuando el empleado elige la portabilidad.
- Puede continuar todo o una parte de su seguro del Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria.
- No se requiere Evidencia de Asegurabilidad.
- Debe solicitarla y pagar la prima dentro de los 31 días de la cancelación de su seguro de Plan de Protección de Indemnización Hospitalaria\*.

\*Se pueden aplicar algunas variaciones según el estado



**Tempo, Inc.**  
**Resumen de Beneficios: Plan de Protección**  
**de Indemnización Hospitalaria**  
**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

## Otros Detalles Importantes:

**Esta hoja de Resumen de Beneficios es una descripción general de la cobertura ofrecida, y se proporciona solamente a modo ilustrativo. No es un contrato.** No modifica ni afecta de ningún modo la póliza real que se emita. Únicamente la póliza de seguro emitida al titular de la póliza (su empleador) puede describir completamente todos los términos, condiciones, disposiciones, limitaciones y exclusiones de su cobertura de seguro. En caso de haber alguna diferencia entre la hoja de Resumen de Beneficios y la póliza de seguro, se aplicarán los términos de la póliza de seguro.

Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un certificado de cobertura que explicará sus beneficios en detalle.

### **Si necesita presentar un reclamo:**

- Comuníquese con el empleador
- Llene, firme y feche los formularios necesarios.
- Envíe los formularios llenos por fax o por correo postal a la información de contacto que se encuentra en el formulario de reclamo. También podría enviar los formularios llenos por correo electrónico a [fpcustomersupport@uhc.com](mailto:fpcustomersupport@uhc.com).

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.



**Tempo, Inc.**

**Resumen de Beneficios: Plan de Protección  
de Indemnización Hospitalaria**

**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

**Exclusiones:**

**Exclusión por Enfermedades Preexistentes:**

No cubriremos ninguna lesión o enfermedad que comience durante los primeros 6 meses a partir de la fecha de vigencia del seguro de la persona cubierta o del dependiente que sea provocada por o resultante de una enfermedad preexistente.

**Enfermedades Preexistentes:**

significa cualquier condición por la cual la persona cubierta o el dependiente, en un plazo no mayor de 6 meses antes de la fecha de vigencia de su seguro, haya sido diagnosticado o haya recibido tratamiento de un médico legalmente calificado.

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.



**Tempo, Inc.**  
**Resumen de Beneficios: Plan de Protección**  
**de Indemnización Hospitalaria**  
**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

**Exclusiones y Limitaciones\*:**

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que sea provocada por o resultante (directa o indirectamente) de:

1. un acto o accidente de guerra, declarada o no declarada, ya sea civil o internacional, y cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas de carácter militar;
2. pérdida sufrida durante el servicio militar activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país [excepto durante cualquier período de cobertura que se extienda conforme a la disposición Continuación durante un Permiso para Ausentarse del Trabajo];
3. una lesión autoinfligida intencionalmente;
4. participación activa en un disturbio;
5. perpetración o intento de perpetrar un delito grave, o participación o intento de participar en un delito grave;
6. participación en la perpetración de una agresión o actividad ilegal;
7. consumo de alcohol o consumo no médico de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar, sea o no recetada por un médico; esta exclusión no se aplica al beneficio por el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas (para pacientes hospitalizados), si está cubierto por esta póliza;
8. cirugía estética o electiva; o
9. tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos o sus territorios;
10. reversión de una ligadura de trompas o vasectomía;
11. inseminación artificial, fecundación in vitro y fecundación en tubo de ensayo, incluido cualquier examen, medicamento o servicio médico relacionado, a menos que sea exigido por la ley;
12. participación en cualquier forma de aeronáutica (incluido el paracaidismo y el aladeltismo), excepto como pasajero que paga un boleto en una aeronave con licencia de una aerolínea común que opera entre aeropuertos definitivamente establecidos;
13. enfermería de rutina para un niño recién nacido o cuidado preventivo de rutina para el bebé durante la reclusión inicial en un hospital;
14. conducción en cualquier prueba de velocidad o carrera organizada o programada o mientras se prueba un automóvil o por
15. parto que ocurre dentro de los primeros 9 meses de la fecha de vigencia del seguro de la persona cubierta [o del dependiente]; las complicaciones del embarazo están cubiertas igual que una enfermedad;
16. trastornos mentales y nerviosos; esta exclusión no se aplica al beneficio por el tratamiento de trastornos mentales y nerviosos (para pacientes hospitalizados) si está cubierto por esta póliza;
17. cirugía plástica o dental con fines estéticos, excepto cuando dicha cirugía se requiere para: (a) tratar una lesión; o (b) corregir un trastorno de una función corporal normal; y



**Tempo, Inc.**

**Resumen de Beneficios: Plan de Protección  
de Indemnización Hospitalaria**

**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

18. práctica o participación en cualquier competencia deportiva profesional o semiprofesional por la cual se reciba cualquier tipo de compensación o remuneración

*\*La lista anterior tiene fines ilustrativos solamente. Se pueden aplicar exclusiones y vocabulario específicos del estado. Consulte la información detallada en su Certificado de Cobertura.*

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.



**Tempo, Inc.**  
**Resumen de Beneficios: Plan de Protección**  
**de Indemnización Hospitalaria**  
**Fecha de Vigencia del Plan: 01/01/2026**

### **Resumen de Costos de la Indemnización Hospitalaria (Tarifas Mensuales Actuales)**

<b>Tarifas Mensuales</b>	<b>Voluntaria</b>
<b>Tarifas Cotizadas - Por Cada Empleado por Cada Mes</b>	<b>Opción A</b>
Solo el Empleado	\$11.25
Empleado y Cónyuge	\$34.07
Empleado e Hijos	\$27.11
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$53.56

El producto de Indemnización Hospitalaria de UnitedHealthcare es proporcionado por UnitedHealthcare Insurance Company en los formularios de póliza UHHIP-POL-TX y otros, y UHHIP-CERT-TX y otros en Texas, y UHHIP-POL-VA y otros, y UHHIP-CERT-VA y otros en Virginia. El producto ofrece un beneficio limitado por ciertos beneficios del plan de indemnización hospitalaria. Tenga en cuenta: La cobertura de INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA NO se considera "cobertura esencial mínima" conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y, por lo tanto, NO cumple con el mandato de tener cobertura de seguro de salud. La falta de otra cobertura de seguro de salud podría estar sujeta a una multa fiscal. Consulte a un asesor fiscal. La póliza tiene exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y condiciones bajo las cuales la póliza podría continuar en vigencia o ser discontinuada. Para conocer los costos y obtener información detallada completa de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros o a la compañía. Este producto no está disponible en todos los estados. UnitedHealthcare Insurance Company está ubicada en Hartford, CT.

Este resumen de beneficios es una descripción general de su seguro. Una vez que se emita la póliza de grupo a su empleador, usted dispondrá de un Certificado de Cobertura que explicará sus beneficios en detalle. Si existe un conflicto entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura, prevalecerá este último.