

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS

PLAN DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES | AÑO DEL
PLAN 2026/2027

**DISEÑADO EXCLUSIVAMENTE PARA
LOS ESTUDIANTES DE:**

Lewis University
Romeoville, IL
("el asegurado")

Número de póliza: WI2627ILIND10
Número de grupo: ST1799FI
Vigencia: 1 de agosto de 2026 - 31 de julio
de 2027

ASEGURADO POR:

Wellfleet Insurance Company | Fort Wayne, IN
("la Empresa")

ADMINISTRADO POR:

Wellfleet Group, LLC.



WELLFLEET
STUDENT

Índice (Haga clic en el título de la sección que aparece a continuación para ir a esa sección en “Resumen de los beneficios”)

Bienvenida a los estudiantes 2
 Dónde encontrar ayuda 2
 ¿Cumplo los requisitos? 2
 ¿Cómo me inscribo? 3
 Fechas de vigencia y costos 3
 Resumen de los beneficios del seguro médico 3
 Exclusiones y limitaciones 5

Bienvenida a los estudiantes...

Nos complace facilitarle este resumen del Plan de Indemnización Médica por Accidentes y Enfermedades para Estudiantes 2026-2027 (“Plan”). Este plan ofrece una cobertura limitada por accidentes y enfermedades. No sustituye a una cobertura de seguro médico integral y no cumple los requisitos de la cobertura sanitaria mínima esencial según la Ley de Asistencia Asequible. La sección “Resumen de los beneficios” incluye las fechas de vigencia y los costos de la cobertura, así como otra información útil. Para obtener más detalles sobre el Plan, consulte el Certificado del Plan y otros materiales en www.wellfleetstudent.com. Si tiene preguntas sobre los beneficios médicos o las reclamaciones, llame a Wellfleet Student al (877) 657-5030.

Dónde encontrar ayuda

Para cualquier pregunta sobre:	Póngase en contacto con nosotros:
<ul style="list-style-type: none"> • Administrador de reclamaciones • Beneficios del seguro • Tramitación de reclamaciones • Requisitos • Tarjetas de identificación 	<p>Wellfleet Group, LLC. Apartado de correos 15369 Springfield, MA 01115-5369 (877) 657-5030 www.wellfleetstudent.com</p>
<p>Representante local</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscripción • Requisitos 	<p>First Agency, a Gallagher Company 5071 West H Ave. Kalamazoo, MI 49009 (269) 381-6630 www.1stAgency.com</p>

¿Cumplo con los requisitos?

Todos los estudiantes a tiempo completo matriculados en 12 créditos o más, y los estudiantes a tiempo parcial matriculados en 6 créditos o más, que cursen sus estudios en la Universidad de Lewis pueden inscribirse en este plan de forma voluntaria. Los estudiantes están cubiertos durante el periodo por el que se haya pagado la prima. Para mantener la cobertura, deben cumplirse los requisitos de elegibilidad cada vez que se pague la prima. Los estudiantes asegurados que se inscriban en el plan también pueden inscribir a sus dependientes que cumplan los requisitos. Los dependientes deben estar inscritos durante el mismo periodo de cobertura que el estudiante asegurado.

¿Cómo me inscribo?

Todos los estudiantes que cumplan los requisitos pueden visitar www.1stAgency.com para inscribirse en el Plan de Indemnización Médica por Accidentes y Enfermedades de Lewis University. La fecha límite para inscribirse en el Plan anual y de otoño es el 30 de septiembre de 2026, y la fecha límite para inscribirse en el trimestre de primavera es el 28 de febrero de 2027. Los estudiantes que accedan a programas de ciencias de la salud pueden inscribirse a lo largo de todo el año.

Fechas de vigencia y costos

Fechas de vigencia y costos del plan

Todos los periodos comienzan a las 12:00 A.M. (hora local) y finalizan a las 11:59 P.M. (hora local) en la dirección del asegurado.

	Anual 1/8/2026 – 31/07/2027	Otoño 1/8/2026 – 31/12/2026	Primavera 1/1/2027 – 31/07/2027
Estudiante	536 dólares	201 dólares	335 dólares
Cónyuge	\$633 dólares	241 dólares	392 dólares
Un hijo	\$511 dólares	195 dólares	316 dólares
Tres o más hijos	\$1,533 dólares	585 dólares	948 dólares

Los costos del plan mencionados anteriormente incluyen una tasa de gestión administrativa.
Los costos de los familiares a cargo se suman al costo del estudiante.

FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN

Anual	Otoño	Primavera
30/9/2026	30/9/2026	28/02/2027

BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y MUTILACIÓN

Cantidad principal	50,000 dólares
El siniestro debe producirse dentro del	365 días desde la fecha del accidente cubierto
Límite global por muerte accidental y desmembramiento	1,000,000 dólares

LISTA DE SINIESTROS CUBIERTOS

Siniestro cubierto	Beneficio
Fallecimiento	Cantidad principal
Pérdida de una mano y un pie	Cantidad principal
Pérdida de la visión en ambos ojos	Cantidad principal
Pérdida de una mano o un pie y de la visión en un ojo	Cantidad principal
Pérdida de una mano o un pie	50 % de la cantidad principal
Pérdida del pulgar y el índice de la misma mano	50 % de la cantidad principal
Pérdida de los cuatro dedos de la misma mano	25 % de la cantidad principal
Pérdida de todos los dedos del pie de un mismo pie	50 % de la cantidad principal
Pérdida del pulgar	50 % de la cantidad principal
Pérdida de la visión en un ojo	25 % de la cantidad principal
Pérdida del habla y de la audición (en ambos oídos)	50 % de la cantidad principal
Pérdida del habla	Cantidad principal
Pérdida de la audición en uno o ambos oídos	50 % de la cantidad principal
Pérdida de una mano y un pie	50 % de la cantidad principal

BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Los límites de *cobertura de los beneficios por accidente y enfermedad* se aplican, salvo que se especifique lo contrario, por cada accidente o enfermedad cubiertos. Una lesión cubierta debe ser consecuencia directa e independiente de cualquier enfermedad, dolencia o dolencia física, y deberse a un **accidente cubierto** que se produzca mientras el asegurado esté amparado por este certificado.

A continuación, se detallan los gastos cubiertos por los que se pagan beneficios.

ÁMBITO DE COBERTURA APLICABLE A LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Gastos cubiertos	Cobertura y otros límites por período de vigencia de la póliza
Servicios hospitalarios para pacientes ingresados	
Beneficio por ingresos diarios durante la hospitalización	100 dólares al día
Número máximo de días por hospitalización	90 días
Centros ambulatorios	
Beneficio para centros médicos o quirúrgicos ambulatorios, incluido el quirófano	250 dólares por visita
Número máximo de visitas	1
Beneficio de servicios quirúrgicos ambulatorios	250 dólares por visita
Número máximo de visitas a servicios quirúrgicos ambulatorios	1
Beneficio por atención en urgencias	500 dólares por visita
Número máximo de visitas	2
Beneficio por asistencia sanitaria a domicilio	50 dólares por visita
Número máximo de visitas de asistencia sanitaria a domicilio	3
Beneficio por centro de rehabilitación	50 dólares al día
Número máximo de días	5
Servicios médicos	
Beneficio por cirugía	500 dólares por intervención quirúrgica
Número máximo de intervenciones quirúrgicas	1
Beneficio de atención médica de urgencia	50 dólares por visita
Número máximo de visitas	5
La anestesia y sus beneficios en la administración	\$100
Número máximo de eventos	1
Beneficio por visitas hospitalarias o en la consulta	75 dólares por visita
Número máximo de días	6
Radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios	
Beneficio para radiografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas ambulatorias	100 dólares
Número máximo de procedimientos	1
Beneficios de análisis de laboratorio ambulatorios	40 dólares por prueba
Número máximo de pruebas	2
Servicios y material para pacientes ambulatorios	
Beneficio de fisioterapia ambulatoria	50 dólares por visita
Número máximo de sesiones de fisioterapia	5
Beneficio para terapia ocupacional y logopedia ambulatoria	50 dólares por visita
Número máximo de sesiones combinadas de terapia ocupacional y logopedia	5
Servicios de enfermería: beneficio de enfermería a domicilio	50 dólares por visita
Número máximo de visitas	3
Beneficio por servicios de ambulancia	
Beneficio por ambulancia terrestre	500 dólares por viaje

Beneficio por ambulancia aérea o acuática	500 dólares por viaje
Número máximo de viajes	2
Beneficio para equipos médicos duraderos y aparatos ortopédicos	50 dólares por compra y/o alquiler
Número máximo de compras y/o alquileres	2
Otros beneficios	
Beneficio para visitas de atención preventiva	
Revisión médica anual	75 dólares por visita
Número máximo de visitas	1
Prueba de detección mediante mamografía	50 dólares por visita
Número máximo de visitas	1
Detección del cáncer de cuello uterino	25 dólares por visita
Número máximo de visitas	1

EXCLUSIONES GENERALES

Además de cualquier exclusión específica de los beneficios, no se pagarán beneficios por ninguna **lesión, enfermedad, pérdida o gasto cubiertos** que sean causados de forma independiente por cualquiera de los siguientes motivos o que se deriven de ellos, a menos que la cobertura se especifique expresamente por su nombre en este **certificado**:

1. Cualquier servicio, tratamiento o suministro que no se considere **médicamente necesario** según se define en este certificado.
2. Los gastos **incurridos** después de la fecha en que finaliza la **cobertura del seguro** para una persona asegurada, salvo lo especificado en la cláusula de prórroga de beneficios; y al término de la **vigencia de la póliza**, incluso si se han **incurrido** por servicios continuados o por el tratamiento de una **lesión o enfermedad cubierta**.
3. Beneficios proporcionados por un plan público (excepto Medicaid y otros planes de asistencia pública).
4. Lesiones indemnizables en virtud de la ley de compensación de los trabajadores o cualquier ley similar.
5. Las estancias o desviaciones **personales** no están cubiertas.
6. **Guerra** declarada o no declarada, o acto de **guerra**.
7. Cometer o intentar cometer un delito grave o una agresión.
8. Comisión o participación activa en disturbios o una insurrección.
9. El agravamiento, durante una **actividad cubierta**, de una lesión que la **persona asegurada** ya padecía antes de participar en dicha **actividad**, salvo que **recibamos** una autorización médica por escrito del **médico de la persona asegurada**.
10. Practicar o participar en cualquier actividad deportiva, como el fútbol americano universitario de contacto, **los deportes universitarios**, los deportes semiprofesionales o los deportes profesionales, incluidos los desplazamientos de ida y vuelta a la actividad y a los entrenamientos, salvo en los casos que se especifican en la Lista de beneficios.
11. El vuelo, el embarque o el desembarque de una aeronave o de cualquier medio de transporte diseñado para volar por encima de la superficie terrestre, salvo en los siguientes casos:
 - a. Un pasajero que haya pagado su billete en una línea aérea comercial regular o chárter.
 - b. Un pasajero en una aeronave privada no regular utilizada con fines de ocio y sin intención comercial durante el vuelo.
 - c. Un ultraligero o un planeador.
 - d. Un pasajero en una aeronave militar operada por el Mando de Movilidad Aérea o su equivalente extranjero.
12. Circular en cualquier vehículo motorizado, tanto de carretera como todoterreno, que no requiera permiso de circulación como vehículo de motor.
13. Un **accidente** en el que la **persona asegurada** sea el conductor de un vehículo de motor y no posea un permiso de conducir válido, salvo que: (a) la **persona asegurada** sea titular de un permiso de aprendizaje válido y (b) la **persona asegurada** esté recibiendo clases de un instructor de autoescuela.
14. Viajes o actividades fuera de los Estados Unidos continentales, Alaska, Hawái y los territorios y posesiones de los Estados Unidos, Canadá o México.
15. Ingestión **voluntaria** de cualquier narcótico, droga, veneno, gas o humos, salvo que haya sido recetado o se tome bajo la supervisión de un **médico** y de acuerdo con la dosis prescrita.
16. Un **accidente** que se produzca mientras se presta servicio activo en el ejército, la marina o la fuerza aérea de cualquier país u organización internacional. Una vez recibida la prueba de servicio, le **reembolsaremos** cualquier prima pagada correspondiente a ese periodo. El entrenamiento en servicio activo de la Reserva o la Guardia Nacional no queda excluido, salvo que se prolongue más allá de 31 días.
17. Tratamiento en cualquier centro de la Administración de Veteranos, federal o estatal, salvo que exista la obligación legal de pagarlo.

18. Exámenes, recetas, compra, reparación o sustitución de gafas o lentes de contacto, salvo en caso de **accidente cubierto** tal y como se describe en otra parte de este **certificado**.
19. Exámenes auditivos o audífonos, o la compra, reparación o sustitución de estos.
20. Sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, dispositivos ortopédicos o aparatos de ortopedia.
21. Conducir cualquier tipo de vehículo bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga, estupefaciente u otra sustancia tóxica, incluidos los medicamentos recetados para los que se haya advertido por escrito a la **persona asegurada** que no debe conducir mientras los toma. A efectos de esta exclusión, “bajo los efectos del alcohol” significa estar en estado de embriaguez, tal y como lo definen las leyes de la jurisdicción en la que se produjo el **accidente cubierto**.
22. Curas de reposo, cuidados de larga duración o cuidados asistenciales.
23. Cirugía estética o cuidados, o tratamientos realizados exclusivamente con fines estéticos, o las complicaciones derivadas de los mismos. Esta exclusión no se aplica a:
 - a. Cirugía estética derivada de un **accidente cubierto**, siempre que el tratamiento inicial de **la persona asegurada** se haya iniciado en un plazo de 90 días a partir de la fecha del **accidente cubierto**.
 - b. Reconstrucción derivada de una intervención quirúrgica o posterior a ella, como consecuencia de un **accidente** o una **enfermedad cubiertos**.
24. Cualquier tratamiento, intervención quirúrgica, atención médica o examen de carácter electivo o rutinario, incluidos los servicios, tratamientos o suministros que: (a) se consideren experimentales o en fase de investigación; y (b) no constituyan una práctica médica reconocida y generalmente aceptada en los Estados Unidos.
25. Servicios o tratamientos prestados por personas que normalmente no cobran por sus servicios, salvo que exista una obligación legal de pago.
26. Reparación o sustitución de dentaduras postizas, dentaduras parciales, aparatos ortodónticos o puentes ya existentes.
27. Tratamientos o servicios prestados por los **familiares directos de la persona asegurada**.
28. Servicios personales o artículos de confort y comodidad, como la televisión, el teléfono o el transporte.
29. Aparatos ortopédicos utilizados principalmente para proteger una lesión, de modo que la **persona asegurada** pueda participar en **deportes intramuros, interescolares**, de club o recreativos.
30. Gastos que cubre cualquier **póliza** de seguro de automóvil, independientemente de quién sea el responsable.
31. Servicios o tratamientos prestados por una enfermería gestionada por el **asegurado**.
32. Tratamiento o servicio prestado por una **enfermera** privada, salvo en caso de **accidente cubierto** tal y como se describe en otra parte de este **certificado**.
33. Tarifas por compresas calientes o frías.
34. Servicio y material de limpieza.
35. Gastos que no hayan sido recomendados y aprobados por un **médico**.
36. Reparación o sustitución de prótesis, ojos artificiales y laringes artificiales ya existentes, salvo que se hayan dañado o destruido en un **accidente cubierto**.
37. La participación en cualquier actividad deportiva que no haya sido específicamente autorizada, patrocinada y supervisada por el **centro educativo** o **el asegurado**, independientemente de que tenga lugar en las instalaciones del centro educativo o del **asegurado** o durante el horario escolar habitual, incluyendo, entre otras, el snowboard, el skateboarding, las carreras de motos, las carreras de vehículos propulsados por cohetes, por reacción o por energía nuclear (o cualquier otra actividad que quede excluida).
38. Cualquier gasto que supere los **costos habituales y razonables**, salvo lo dispuesto en el presente **certificado**.
39. Pérdidas derivadas de la práctica, el entrenamiento, los desplazamientos relacionados con, la participación en o la preparación física para cualquier deporte profesional.
40. Carreras o competiciones de velocidad, buceo libre, paracaidismo, alpinismo (en el que se suelen utilizar cuerdas o guías), parasailing, windsurf, ala delta, puenting, desplazamientos en vehículos todoterreno (o similares), u otros deportes o aficiones de riesgo.
41. Terapias no físicas, ocupacionales y del habla (arte, danza, etc.).
42. Modificaciones realizadas en las viviendas.
43. Condición física general, programas de ejercicio.
44. Hipnosis.
45. Rolfing.
46. Biorretroalimentación.
47. Gastos de acupuntura.
48. Gastos de quiropráctica o manipulación vertebral.
49. Atención o tratamiento de las alergias, incluidas las pruebas de alergia.
50. Diagnóstico y atención o tratamiento del acné.