



Distribuído por: Subsidiárias operacionais da Cigna Corporation. Os benefícios do seguro são subscritos pela Cigna Health and Life Insurance Company.

Pago pelo funcionário

SEGURO DE LESÃO ACIDENTAL

RESUMO DE BENEFÍCIOS

Preparado para: Cidade de Portland

A cobertura de Lesão acidental fornece um benefício monetário fixo de acordo com a tabela abaixo quando uma Pessoa coberta sofre determinadas Lesões ou é submetida a um vasto conjunto de tratamentos médicos ou cuidados resultantes de um Acidente coberto. Consulte as variações por Estado (assinaladas por um *) abaixo.

Quem pode escolher a cobertura

A sua elegibilidade, a do cônjuge e dos seus filhos serão consideradas pela sua entidade patronal.

Você: Todos os funcionários ativos a tempo inteiro e tempo parcial da entidade patronal que trabalhem regularmente nos Estados Unidos durante um mínimo de 18,75 horas por semana e que residam regularmente nos Estados Unidos e que sejam cidadãos dos Estados Unidos ou estrangeiros residentes permanentes e respetivos cônjuges, parceiros ou parceiro em união de facto e crianças dependentes que sejam cidadãos dos Estados Unidos ou estrangeiros residentes permanentes e que residam nos Estados Unidos.

É elegível para cobertura no primeiro dia do mês que coincide com a data de contratação ou Serviço ativo ou na data seguinte após a data de contratação ou Serviço ativo.

O seu cônjuge/parceiro: Até aos 100 anos de idade, desde que você próprio se candidate e seja aprovado para cobertura.

O(s) seu(s) filho(s): Até aos 26 anos; Mais de 26 anos em caso de deficiência, desde que você próprio se candidate e seja aprovado para cobertura.

Cobertura disponível: Este plano de Lesão acidental fornece uma cobertura de 24 horas.

Os montantes do benefício indicados neste resumo serão pagos, independentemente das despesas reais incorridas e são pagos por dia, salvo indicação em contrário. Os benefícios são pagos apenas quando forem cumpridos todos os termos e condições da apólice. Leia todas as informações constantes neste resumo para compreender os termos, as condições, as variações por Estado, as exclusões e as limitações aplicáveis a estes benefícios. Consulte o seu Certificado de seguro, para obter mais informações.

Montante percentual do benefício (salvo indicação em contrário)	Funcionário	Cônjuge	Filhos
	100% dos benefícios apresentados	100% dos benefícios apresentados	100% dos benefícios apresentados

Cuidados iniciais e de urgência	Plano
Tratamento de cuidados urgentes	150\$
Consulta em consultório médico (inclui cuidados urgentes)	100\$
Exame de diagnóstico (radiografia ou análises laboratoriais)	60\$
Ambulância por via terrestre ou aquática/aérea	400\$/1.600\$
Benefícios em caso de hospitalização	Plano
Admissão hospitalar	1.000\$
Internamento hospitalar	250\$
Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos	400\$
Fraturas e luxações	Plano
Por fratura reparada cirurgicamente coberta	400\$-8.000\$
Por fratura reparada por via não cirúrgica coberta	200\$-4.000\$
Fratura por avulsão (percentagem do benefício da fratura)	25%
Por luxação reparada cirurgicamente coberta	400\$-6.000\$
Por luxação reparada por via não cirúrgica coberta	200\$-3.000\$
Cuidados de seguimento	Plano
Consulta de seguimento com médico (ou profissional médico) em consultório	50\$
Consulta de seguimento de fisioterapia	45\$

Benefícios otimizados de acidentes	Plano
Exemplos:	
Pequenas lacerações (com um tamanho igual ou inferior a 6 polegadas [15 cm] de comprimento e que exija 2 ou mais suturas)	100\$
Grandes lacerações (com um tamanho superior a 6 polegadas [15 cm] de comprimento e que exija 2 ou mais suturas)	600\$
Traumatismo craniano	375\$
Coma (que dure 7 dias sem resposta)	10.000\$

Benefícios adicionais de Lesão acidental incluídos - consulte o certificado para mais detalhes, incluindo as limitações e exclusões. São aceites cuidados virtuais para a Consulta inicial em consultório médico e Cuidados de seguimento.

Benefício de morte acidental e desmembramento	Plano
Os exemplos de benefícios incluem (mas sem limitação) o pagamento por morte devido a acidente de automóvel, perda da fala ou perda de audição total e permanente em ambos os ouvidos. O montante do benefício real pago depende do tipo de Perda coberta. O benefício do cônjuge e filho(s) é de 100% e 50%, respetivamente, do benefício apresentado.	Perda de vida: 50.000\$-100.000\$ Desmembramento: 2.000\$-30.000\$

Característica de portabilidade: Você, o seu cônjuge e filhos podem continuar a receber 100% da cobertura na altura em que a sua cobertura terminar. Tem de ter menos de 100 anos para continuar a sua cobertura. As taxas podem variar e toda a cobertura termina aos 100 anos de idade. Aplica-se aos Cidadãos dos Estados Unidos e Estrangeiros residentes permanentes que residam nos Estados Unidos.

Custo semanal da cobertura do funcionário:

Categoria	Plano
Funcionário	1,80\$
Funcionário e cônjuge	3,23\$
Funcionário e filho(s)	3,99\$
Família	5,42\$

Os custos estão sujeitos a alteração. Os prémios reais dos períodos por pagamento podem divergir ligeiramente devido a arredondamentos.

Definições importantes e disposições da apólice:

Tipo de cobertura: Os benefícios são pagos quando uma Lesão coberta resultar, direta e independentemente de todas as outras causas, de um Acidente coberto.

Acidente coberto: Um evento externo que seja repentino e imprevisível que resulte, direta e independentemente de todas as outras causas, numa Lesão coberta ou Perda coberta e ocorra enquanto a Pessoa coberta estiver segurada ao abrigo desta Apólice; para o qual não tenha contribuído uma doença, enfermidade ou afeição mental ou corporal; e não seja de outra forma excluído ao abrigo dos termos desta Apólice.

Lesão coberta: Qualquer ferimento corporal que resulte direta e independentemente de todas as outras causas, de um Acidente coberto.

Pessoa coberta: Uma pessoa elegível que está inscrita para cobertura ao abrigo desta Apólice.

Perda coberta: Uma perda que seja o resultado, direta e independentemente de outras causas, de um Acidente coberto sofrido pela Pessoa coberta dentro do período aplicável descrito na Apólice.

Hospital: Uma instituição que tenha licença para operar como hospital de acordo com a lei aplicável, que se envolva principal e continuamente na prestação de cuidados médicos e tratamento de pessoas doentes e feridas; gerida sob a supervisão de uma equipa de médicos; que preste serviços de enfermagem durante 24 horas por ou sob a supervisão de enfermeiro registado licenciado; e que tenha instalações médicas, de diagnóstico e tratamento com blocos operatórios para grandes cirurgias nas suas instalações, ou que sejam disponibilizados se for previamente marcado, e que cobre os seus serviços. O termo Hospital não inclui uma clínica, instituição ou unidade de um hospital: para cuidados de reabilitação, convalescença, proteção, educativos ou de enfermagem; para os idosos, para o tratamento da dependência de drogas e álcool.

Quando começa a sua cobertura: A cobertura começa na data efetiva da apólice, na data em que se torna elegível, no primeiro dia do mês após a data em que o seu formulário de inscrição preenchido é recebido, o que ocorrer mais tarde, salvo acordado em contrário pela Cigna. A sua cobertura não começa se não estiver a trabalhar ativamente à data efetiva. A cobertura de todas as Pessoas cobertas não iniciará na data efetiva se estiver confinado a um hospital, instituição ou em casa, se estiver inválido ou a receber benefícios por invalidez ou não for capaz de realizar atividades da vida diária.

Quando termina a sua cobertura: A cobertura termina na data em que você ou seus dependentes deixarem de ser elegíveis, na data na qual a apólice coletiva deixar de estar em vigor, ou na data para o último período para o qual são pagos os prêmios exigidos. Para o seu dependente, a cobertura também termina quando a sua cobertura terminar, quando os respectivos prêmios não forem pagos ou quando deixarem de ser elegíveis. (Em certas circunstâncias, a sua cobertura pode continuar. Certifique-se de que lê as disposições no seu Certificado).

Direito de 30 dias para examinar o certificado: Se uma Pessoa coberta não estiver satisfeita com o Certificado por algum motivo, pode ser-nos devolvido no prazo de 30 dias após a recepção. Iremos devolver qualquer prêmio que tenha sido pago e o Certificado será anulado como se nunca tivesse sido emitido.

Condições e limitações dos benefícios: Este documento fornece apenas os destaques. Todas as reivindicações de uma perda coberta têm de cumprir as Condições e limitações dos benefícios específicas e estão de outra forma sujeitas a todos os outros termos estipulados na apólice coletiva.

Exclusões comuns:* Para além de qualquer exclusão específica dos benefícios, não será realizado qualquer pagamento por perdas que sejam causadas ou resultem direta ou indiretamente de: • ferimento intencionalmente autoinfligido, suicídio ou qualquer tentativa de suicídio; • prática de agressão ou crime grave ; • bungee jumping; saltar de paraquedas; parapente; asa-delta; • guerra ou ato de guerra, declarada ou não; • andar de aeronave ou viagem aérea, exceto como passageiro comercial ou avião utilizado pelo Comando de Mobilidade Aérea (a não ser que pertença, seja alugado ou controlado pelo Subscritor); • enfermidade, doença ou afeição corporal ou mental, infecção bacteriana ou viral ou tratamento médico ou cirúrgico, exceto infecção bacteriana devido a uma ferida ou um corte externo acidental ou ingestão acidental de alimentos contaminados; • atividades do serviço militar ativo, exceto a formação em serviço ativo na Reserva ou Guarda Nacional que dure 31 dias ou menos; • operação de qualquer tipo de veículo sob a influência de álcool ou qualquer droga, narcótico ou outro tipo de intoxicante; • consumo voluntário de medicamentos, salvo quando são tomados conforme prescrito e sob a indicação de um médico; • serviços ou tratamentos prestados por um médico, enfermeiro ou qualquer outra pessoa que seja: contratado pelo subscritor, que viva com ele ou que seja um familiar direto da Pessoa coberta ou que forneça tratamentos médicos alternativos. Os termos efetivos da apólice podem variar dependendo da concepção do seu plano e localização.

Exclusões e limitações específicas dos benefícios:*

Tratamento de cuidados urgentes: O tratamento tem de ocorrer no prazo de 30 dias após o Acidente coberto. **Limites:** é pago uma vez por Acidente coberto, por Pessoa coberta; **Exclui:** tratamento fornecido por um familiar direto, clínica ou consultório médico. **Consulta em consultório médico:** Tem de ser diagnosticado e tratado por um médico no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** é pago uma vez por Acidente coberto, por Pessoa coberta; não é pago se uma Pessoa coberta for elegível a receber um benefício ao abrigo do Tratamento urgente. **Exclui:** exames de saúde de rotina ou vacinações para Pessoas cobertas com 60 anos de idade ou mais, consultas para doenças mentais ou nervosas e consultas por um cirurgião durante o confinamento num hospital. **Exame de diagnóstico:** é pago uma vez por Acidente coberto, por Pessoa coberta; o tratamento tem de ocorrer no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Ambulância por via terrestre ou aquática/aérea:** Os serviços têm de ser fornecidos no local do Acidente coberto ou no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** é pago uma vez por Acidente coberto, por Pessoa coberta; apenas um benefício será pago (ambulância por via terrestre ou aquática/aérea), dependendo do que for superior. **Admissão hospitalar:** A admissão para internamento tem de ocorrer no prazo de 90 dias após o Acidente coberto devido a esse acidente. **Limites:** é pago uma vez por Acidente coberto; **Exclui:** tratamento num serviço de urgência, prestado em ambulatório ou para nova admissão para o mesmo Acidente coberto. **Internamento hospitalar por dia:** Tem de ser admitido durante, pelo menos, 23 horas ou admitido para internamento e confinado no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** 365 dias por Acidente coberto; 1 internamento por acidente; não é pago para nova admissão hospitalar para o mesmo Acidente coberto; se for elegível a receber o Benefício de internamento hospitalar e Benefício inicial de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, apenas 1 benefício será pago para o mesmo Acidente coberto, dependendo do que for superior; os Internamentos no prazo de 90 dias para o mesmo Acidente coberto (ou associados a esse acidente) são considerados um Internamento. **Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos por dia:** Tem de ser admitido durante, pelo menos, 23 horas ou admitido para internamento e confinado no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** 15 dias por Acidente coberto; não é pago para nova admissão hospitalar para o mesmo Acidente coberto; se for elegível a receber o Benefício de internamento hospitalar e Benefício inicial de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos, apenas 1 benefício será pago para o mesmo Acidente coberto, dependendo do que for superior; os Internamentos no prazo de 90 dias para o mesmo Acidente coberto (ou associados a esse acidente) são considerados um Internamento. **Fratura/luxação:** Se existir mais de uma fratura, apenas um benefício será pago, dependendo do montante superior. A fratura por avulsão não é paga para além de uma fratura fechada. **Limites:** Quer as fraturas quer as luxações são limitadas a 1 por acidente. Tem de ser diagnosticado e tratado por um médico no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Consulta de seguimento em consultório médico:** **Limites:** 10 consultas de seguimento para cada Pessoa coberta por Acidente coberto para consultas de seguimento em consultório médico. Tem de ser examinado, tratado ou prescrito por um médico. O primeiro exame ou tratamento tem de ocorrer no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. O tratamento de seguimento subsequente tem de ocorrer no prazo de 365 dias após o Acidente coberto. A Consulta de seguimento em consultório pode incluir o tratamento por prestadores que sejam profissionais devidamente licenciados que pratiquem cuidados quiropráticos, terapia da fala, terapia ocupacional, terapia profissional, terapia respiratória e tratamento para a saúde mental associado a Acidentes cobertos traumáticos. **Consulta de seguimento para fisioterapia:** **Limites:** 10 consultas de seguimento para cada Pessoa coberta por Acidente coberto para consultas de seguimento para fisioterapia. Tem de ser examinado, tratado ou prescrito por um médico. O primeiro exame ou tratamento tem de ocorrer no prazo de 120 dias após o Acidente coberto. O tratamento de seguimento subsequente tem de ocorrer no prazo de 365 dias após o Acidente coberto. **Grandes lacerações:** O tratamento por um médico tem de ser recebido no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** é pago 1 vez por Pessoa coberta, por Acidente coberto; em caso de várias lacerações, o benefício é pago no máximo 2 vezes. **Traumatismo craniano:** Tem de ser diagnosticado por um médico no prazo de 90 dias após o Acidente coberto. **Limites:** é pago 1 vez por Acidente coberto. **Coma:** **Limites:** é pago 1 vez por Acidente coberto. Tem de estar inconsciente durante 7 dias ou mais sem resposta a estímulos externos e que exija suporte respiratório artificial ou suporte de vida. **Exclui:** coma medicamente induzido. **Suplemento de morte acidental e desmembramento:** Para receber os benefícios, a morte ou perda tem de ocorrer no prazo de 365 dias após

o Acidente coberto. As exclusões que se aplicam a este benefício encontram-se na secção Exclusões comuns. Se uma Pessoa coberta morrer como resultado de um acidente de automóvel, os outros benefícios de perda de vida não serão pagos. Se for o condutor, tem de ser titular de uma carta de condução válida. Se for elegível para pagamento do benefício de perda total e permanente da fala ou audição em ambos os ouvidos, não serão pagos benefícios ao abrigo do benefício de desmembramento e os benefícios totais não excederão o benefício de perda de vida. Não se trata de uma lista completa. Consulte o certificado para os detalhes completos, incluindo as limitações e exclusões aplicáveis a este benefício.

* Variações por Estado

A definição de cônjuge inclui parceiros em união de facto em New Hampshire e Vermont, mas exclui parceiros em união de facto para os residentes no Idaho. **Exclusões e limitações específicas dos benefícios:** O prazo para obter serviços após um acidente coberto é prolongado nos Estados de NM, VT e WA; a exclusão para a Consulta em consultório médico não se aplica aos residentes do Estado de ID. Para os residentes do Estado do TX, a exclusão de Cuidados urgentes é limitada ao tratamento prestado por um Familiar direto e não se aplica a um dentista licenciado. O **Internamento hospitalar/em UCI** exige um mínimo de 31 dias para os residentes no Estado do Idaho. Consulte os detalhes no seu Certificado. Para os residentes do Estado de NH, os internamentos hospitalares/em UCI no prazo de 180 dias para o mesmo Acidente coberto (ou relacionado) são considerados um Internamento. As Exclusões comuns podem variar para os residentes dos Estados do AK, ID, LA, MN, NC, NM, SC, SD, VT e WA. A data efetiva da cobertura não será diferida para os residentes do Estado do TX se receber quimioterapia ou radioterapia e o adiamento devido a invalidez ou capacidade de realização de atividades da vida diária aplica-se apenas ao Cônjuge. Para os residentes dos Estados do ID, a data efetiva não será adiada devido à capacidade de realizar atividades da vida diária. Os benefícios de Ambulância por via terrestre ou aquática/ambulância aérea podem diferir para os residentes do Estado de CT. A **Portabilidade** nos Estados do TX e VT é referida como Continuação devido à perda de elegibilidade. Os residentes do Estado de VT não estão sujeitos ao limite de idade para continuar a cobertura. As condições de portabilidade podem diferir para os residentes dos Estados do AK, AR, CT, FL, ID, LA, ME, MD, MS, NH, NC, ND, SC, TX, VT, WA e WI. A **Consulta em consultório médico** estará sempre disponível para residentes dos Estados do AK, VT e WA. Os benefícios de Tratamento de cuidados urgentes, Exame de diagnóstico e Ambulância estarão sempre disponíveis para os residentes dos Estados de VT e WA. Os benefícios de **Internamento hospitalar/Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos** estarão sempre disponíveis para residentes do Estado de VT. Podem estar disponíveis benefícios adicionais de **Internamento hospitalar/Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos** para residentes do Estado de ID e NH. A definição de **Acidente coberto** difere para os residente dos Estados do AR, ID, NM, VT e WA. Os benefícios podem não estar disponíveis ou podem ser limitados para os residentes do Estado de NM. A definição de Lesão coberta difere para os residente do Estado de NM. A definição de Perda coberta difere para os residente dos Estados de NM e VT. A definição de Hospital difere para os residente dos Estados de NH e VT. **Morte acidental e desmembramento:** Estará disponível um benefício mínimo de 1000\$ para a perda de dedo da mão ou perda de dedo do pé para os residentes do Estado de NH.

Série 1.0

Os termos e condições de cobertura para o seguro de acidente são estipulados na Apólice coletiva n.º AI110623. O presente não pretende ser uma descrição completa da cobertura de seguro proposta. Não constitui um contrato. Consulte o Promotor do seu plano para obter uma cópia da Apólice coletiva. Se existirem diferenças entre este resumo e a Apólice coletiva, as informações constantes da Apólice coletiva têm precedência. A disponibilidade, benefícios, suplementos, condições cobertas e/ou características dos produtos podem variar de acordo com o Estado. Guarde este material como referência.

ESTA APÓLICE PAGA APENAS BENEFÍCIOS LIMITADOS. NÃO É UMA COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE COMPLETA E NÃO COBRE TODAS AS DESPESAS MÉDICAS. ESTA COBERTURA NÃO CUMPRE OS REQUISITOS DE “COBERTURA ESSENCIAL MÍNIMA” OU OS REQUISITOS DO MANDATO INDIVIDUAL DA LEI DE SERVIÇOS DE SAÚDE ACESSÍVEIS (ACA). ESTA COBERTURA NÃO É UM SEGURO SUPLEMENTAR DA MEDICAID OU DA MEDICARE.

A disponibilidade dos produtos pode variar de acordo com o tipo de plano e a localização e está sujeita a alterações. Todas as apólices de seguros coletivas podem conter exclusões, limitações, redução de benefícios e termos nos quais a apólice poderá continuar em vigor ou ser descontinuada. Para conhecer os custos e detalhes da cobertura, contacte os documentos do seu plano. As apólices são distribuídas exclusivamente por ou através das subsidiárias operacionais da Cigna Corporation e são administradas e seguradas pela Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT). O nome Cigna, o logótipo e outras marcas Cigna são propriedade da Cigna Intellectual Property, Inc.

958323PT 11/19 © 2023 Cigna. Parte do conteúdo é fornecida mediante licença.