



## Seguro dental, de la visión y de la audición

### La importancia del cuidado Dental | de la Visión | y de la Audición

- Calidad de vida
- Situaciones inesperadas que son dolorosas, inconvenientes y costosas
- La cobertura básica de Medicare no cubre los gastos dentales, de visión o de audición

#### ASPECTOS DESTACADOS DEL PRODUCTO

- Tarifas familiares (incluye un máximo de 3 hijos).
- Cobertura individual, de 18 a 85 años de edad.
- Opción disponible de \$1,000 - \$5,000 en beneficios por año de póliza.
- Emisión garantizada.
- Renovación garantizada de por vida.\*

\* Sujeto a nuestro derecho a cambiar las primas.

#### **¡NUEVO! Red de Proveedor Dental Careington**

Todo asegurado tendrá la opción de acceder la Red Dental Careington Maximum Care PPO.

- Asegurados tendrán la opción de acudir a un proveedor que forme parte la Red Dental Careington Máximo.
- Puede utilizar el dentista de su elección, incluso si el mismo no forma parte de la red dental.
- La Red Dental Careington provee descuentos y ayudara a reducir costos los cual podría extender la duración del beneficio máximo de la póliza.
- Para más información puede contactar a Careington llamando al (800) 290-0523

**Careington**  
SOLUTIONS SIMPLIFIED

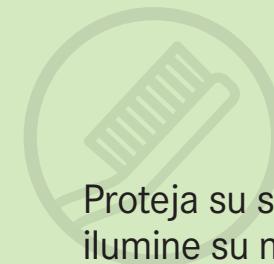
DVH7016-ILNC-BRSP-0923



**ManhattanLife**™

Standing By You. Since 1850.

Un plan con opciones para usted y su familia



Proteja su sonrisa... ilumine su mundo con una sonrisa más brillante.



Proteja su vista y vea todo con más claridad.



Proteja su audición... y escuche mejor.

Esta es una póliza de seguro de beneficios limitados para gastos dentales, de visión y de audición



**175 Years**  
And Counting.

Asegurado por ManhattanLife Insurance and Annuity Company and Family Life Insurance Company.

No se encuentra disponible en todos los estados.

## Beneficios del plan <sup>1</sup>

<b>Elegibilidad</b>	Cualquier persona de entre 18 y 85 años de edad.
<b>Beneficio máximo por año de póliza</b>	<b>\$1,000, \$1,500, \$3,000 o \$5,000</b> (puede elegir uno)
<b>Deductible por año de póliza</b>	\$100 por persona.
<b>Cobertura dental</b>	
<b>Servicios preventivos</b> Incluye radiografías, empastes y extracciones (que no sean "de toda la boca").	<b>Año 1: 60 %.</b> <b>Año 2: 70 %.</b> <b>Año 3 en adelante: 80 %</b>
<b>Período de espera</b>	<b>Ninguno</b>
<b>Servicios básicos</b> Incluye radiografías, empastes y extracciones (que no sean "de toda la boca").	<b>Año 1: 60 %.</b> <b>Año 2: 70 %.</b> <b>Año 3 en adelante: 80 %</b>
<b>Período de espera</b>	<b>Ninguno.</b>
<b>Servicios de mayor complejidad</b> Incluye puentes, coronas, dentaduras postizas completas o parciales, extracciones de toda la boca y tratamientos de conducto radicular.	<b>Año 1: 0 %.</b> <b>Año 2: 70 %.</b> <b>Año 3 en adelante: 80 %</b>
<b>Período de espera</b>	<b>12 meses.</b>
<b>Cobertura de la visión</b>	
Examen de refracción, examen ocular básico, que incluye el costo de los anteojos o lentes de contacto.	<b>Año 1: 60 %.</b> <b>Año 2: 70 %.</b> <b>Año 3 en adelante: 80 %</b>
<b>Período de espera</b>	<b>6 meses</b> (para anteojos y lentes de contacto).
<b>Cobertura de la audición</b>	
Examen, audífonos y reparaciones o suministros necesarios.	<b>Año 1: 60 %.</b> <b>Año 2: 70 %.</b> <b>Año 3 en adelante: 80 %</b>
<b>Período de espera</b>	<b>12 meses.</b> (audífonos nuevos y reparaciones de audífonos existentes)

<sup>1</sup> Consulte su póliza para obtener una descripción completa de las limitaciones y las exclusiones.

## PRIMA MENSUAL INDIVIDUAL

Edad	\$1,000	\$1,500	\$3,000	\$5,000
18 - 39	\$34.82	\$45.98	\$55.39	\$67.89
40 - 54	\$37.65	\$48.81	\$60.14	\$73.47
55 - 64	\$40.40	\$52.90	\$68.56	\$82.72
65 - 74	\$43.23	\$57.14	\$74.05	\$88.63
75 - 85	\$49.65	\$65.64	\$85.22	\$99.79

## PRIMA MENSUAL FAMILIAR \*

Edad	\$1,000	\$1,500	\$3,000	\$5,000
18 - 39	\$111.37	\$146.86	\$177.35	\$222.41
40 - 54	\$116.87	\$152.52	\$183.84	\$233.57
55 - 64	\$122.53	\$160.85	\$198.50	\$252.07
65 - 74	\$128.12	\$169.18	\$219.25	\$263.89
75 - 85	\$147.27	\$194.59	\$252.48	\$286.22

## PRIMA MENSUAL INFANTIL \*

Edad	\$1,000	\$1,500	\$3,000	\$5,000
3 - 17	\$26.16	\$34.49	\$41.65	\$54.15

\* Las tarifas familiares incluyen hasta tres hijos. Si la familia incluye más hijos, se cobra la tarifa correspondiente a 3 a 17 años por persona:

Las primas están sujetas a cambios. Las primas se basan en máximos por año de póliza de \$1,000, \$1,500, \$3,000 o \$5,000. Tome la edad del solicitante de mayor edad. Aplican limitaciones y exclusiones a los beneficios.

Números de formulario de póliza: AK7016-IL, AK7016-NC

Underwritten by: ManhattanLife Insurance and Annuity Company

10777 Northwest Freeway, Houston, TX 77092 Toll Free Telephone: 800-669-9030

Esta no es una divulgación completa de las calificaciones y limitaciones del plan. Por favor accede nuestro sitio web para obtener una lista completa para el producto Dental, Vision y Audicion a [disclosure.manhattanlife.com](http://disclosure.manhattanlife.com). Por favor revise esta información antes de aplicar para cobertura. La cantidad de beneficios provistos depende del plan seleccionado. Las primas variaran segun la selección realizada.