



Seguro oncológico

Beneficios de Nivel 3

Los seguros oncológicos pueden contribuir a brindar protección financiera mediante diversos beneficios. Estos beneficios están disponibles no solo para ti, sino también para los miembros de tu familia que estén asegurados.

| DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO | MONTO DEL BENEFICIO |
|--|--|
| Ambulancia aérea | \$2,000 por viaje |
| Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico (máximo de dos viajes por hospitalización) | |
| Ambulancia | \$250 por viaje |
| Transporte hacia o desde el hospital o establecimiento médico (máximo de dos viajes por hospitalización) | |
| Anestesia | |
| Administrada durante un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de cáncer | |
| Anestesia general | 25% del beneficio de intervenciones quirúrgicas |
| • Anestesia local \$40 por procedimiento | |
| • Medicamentos contra las náuseas \$50 por día que se administre o por receta médica surtida | |
| Medicamento recetado debido a la radiación o quimioterapia (máximo \$200 al mes) | |
| Sangre/plasma/plaquetas/inmunoglobulina | \$175 por día |
| Una transfusión necesaria durante un tratamiento para el cáncer (máximo \$10,000 por año calendario) | |
| Análisis del donante de médula ósea | \$50 |
| Estudios relativos a ser un donante potencial (una vez de por vida) | |
| Donación de médula ósea o células madre de sangre periférica | \$750 |
| Recibir médula o células madre de sangre periférica de otra persona para un trasplante (una vez de por vida) | |
| Trasplante de médula ósea o de células madre periféricas | \$7,000 por trasplante |
| Trasplante que recibes en relación con el tratamiento del cáncer (máximo dos beneficios de trasplante de médula ósea en la vida) | |
| Vacuna contra el cáncer | \$50 |
| Una vacuna aprobada por la FDA para prevenir el cáncer (una vez de por vida) | |

| DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO | MONTO DEL BENEFICIO |
|--|---------------------------------|
| Transporte para acompañante | \$0.50 por milla |
| El acompañante viaja en avión, tren o bus para acompañar a un paciente con cáncer asegurado más de 50 millas de ida para tratamiento (hasta \$1,200 por viaje de ida y vuelta) | |
| Extracción o recuperación de óvulos/recolección y almacenamiento de esperma | |
| Extraídos/recuperados o recolectados antes de la quimioterapia o radiación (una vez de por vida) | |
| • Extracción o recuperación de óvulo(s) o recolección de esperma \$1,000 | |
| • Almacenamiento de óvulo(s) o esperma \$350 | |
| Tratamiento experimental | \$300 por día |
| Atención hospitalaria, médica o quirúrgica para el cáncer (máximo \$15,000 solo una vez) | |
| Atención familiar | \$50 por día |
| Tratamiento para pacientes hospitalizados o ambulatorios para un hijo a cargo que tenga cobertura (máximo \$2500 por año calendario) | |
| Prótesis capilar/externa del seno/de la laringe | \$350 por año calendario |
| Prótesis necesaria como resultado directo del cáncer | |
| Servicios de atención médica domiciliaria ¹ | \$100 por día |
| Entre los ejemplos se incluye fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia o audiología; prótesis y aparatos ortopédicos; alquiler o compra de equipo médico duradero (hasta 30 días por año calendario o el doble de la cantidad de días de internación hospitalaria, lo que sea mayor) | |
| Cuidados paliativos (cuidado inicial o diario) ² | |
| Un beneficio único inicial y un beneficio diario para tratamiento (máximo \$15,000 una vez en la vida para ambos) | |
| • Cuidados paliativos iniciales (una vez de por vida) \$1,000 | |
| • Cuidados paliativos diarios \$50 por día | |

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO MONTO DEL BENEFICIO

Hospitalización

Internación hospitalaria (incluyendo cuidados intensivos) necesaria para el tratamiento del cáncer

- 30 días o menos \$250 por día
- 31 días o más \$500 por día

Alojamiento \$75 por día

Gastos de hotel/motel durante el tratamiento de cáncer a más de 50 millas de distancia del hogar (máximo de 70 días de calendario)

Estudios de diagnóstico por imágenes \$175 por estudio

Estudios específicos para el tratamiento de cáncer (máximo de \$350 por año calendario)

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios . . \$300 por día

Cirugía en un centro ambulatorio para el tratamiento del cáncer (máximo de \$900 por año calendario)

Servicios de enfermería privada de tiempo completo . . \$125 por día

Servicios durante la internación distintos de los que se ofrecen habitualmente por el hospital

Prótesis/miembro artificial . . . \$2,000 por prótesis o miembro

Un implante quirúrgico necesario debido a una cirugía oncológica (se paga uno por sitio, máximo de \$4,000 una sola vez en la vida)

Radiación/quimioterapia

Beneficio semanal (máximo una vez por semana)

- Quimioterapia inyectada por personal médico \$750
- Radiación administrada por personal médico \$750

Beneficio de quimioterapia mensual (máximo una vez al mes)

- Autoinyectada \$300
- Bomba \$300
- Tópico \$300
- Oral hormonal (1 a 24 meses) \$300
- Oral hormonal (más de 25 meses) \$150
- Oral no hormonal \$300

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO MONTO DEL BENEFICIO

Cirugía reconstructiva³ \$60 por unidad quirúrgica

Una cirugía para reconstruir defectos anatómicos como resultado del tratamiento oncológico (hasta \$3,000 por procedimiento 25% para la anestesia general)

Segunda opinión médica⁴ \$300

La segunda opinión de un médico sobre una cirugía o tratamiento oncológico (una vez de por vida)

Centro de enfermería especializada \$100 por día

Hospitalización en una instalación cubierta después de recibir el alta hospitalaria (hasta el número de días pagados por hospitalización)

Diagnóstico inicial de cáncer de piel \$400

Un diagnóstico de cáncer de piel mientras la política esté vigente (una vez de por vida)

Fármacos modificadores o paliativos y factores estimulantes de colonias \$150 por día

Medicamentos recetados para mejorar o modificar los tratamientos de radiación o quimioterapia (máximo de \$1,200 por año calendario)

Procedimientos quirúrgicos \$60 por unidad quirúrgica


Cirugía para pacientes hospitalizados o ambulatorios para el tratamiento del cáncer (máximo de \$5,000 por procedimiento)

Transporte \$0.50 por milla

Gastos de traslado durante el tratamiento de cáncer a más de 50 millas de distancia del hogar (hasta \$1,200 por ida y vuelta)

Exención de pago de primas Disponible

No se pagan primas si el asegurado principal se encuentra incapacitado durante más de 90 días consecutivos



Para obtener más información, habla con tu consejero de beneficios de Colonial Life.

En MD, beneficio para dejar de fumar disponible. \$20 por receta surtida, máximo de dos recetas para 90 días por persona cubierta.

En MT, beneficio de mamografía disponible. \$70 para una mamografía estándar para personas de 35 a 39 años de edad; una mamografía cada dos años para personas de 40 a 49 años de edad; una mamografía cada año para edades mayores a 50 años.

1. En CO, el máximo de atención medica domiciliaria es de hasta 60 años por año calendario o el doble del número de días de hospitalización, lo que sea mayor. En WI, la atención medica domiciliaria es de hasta 40 días por año calendario o el doble del número de días de hospitalización, lo que sea mayor.
2. En CO, no hay beneficio de cuidados paliativos disponible.
3. En OK, la cirugía reconstructiva tiene un costo de \$30 por unidad quirúrgica.
4. En MD, una segunda opinión médica tiene un costo de 75 dólares, como máximo por persona cubierta y por hospitalización.

ESTA PÓLIZA PROVEE BENEFICIOS LIMITADOS.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. La póliza o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en ciertos estados. La póliza contiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar a los beneficios a pagar. Corresponde al formulario de póliza CanAssist (incluidas las abreviaturas de los estados, cuando se utilicen, por ejemplo: CanAssist-TX). Este cuadro no está completo sin el formulario número 1170702 (exclusiones y limitaciones) en los estados CO, ID, MD, MN, MO, NC, OK, SC, SD, VT and WA. Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llame o escriba al consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa.

Suscrito por Colonial Life & Accident Insurance Company, Columbia, SC.

© 2022 Colonial Life & Accident Insurance Company. Todos los derechos reservados. Colonial Life es una marca registrada y de comercialización de Colonial Life & Accident Insurance Company. FOR EMPLOYEES 12-22 | 101484-5-SP



Seguro oncológico

Beneficios de bienestar ¹

Parte uno: Bienestar oncológico/diagnósticos médicos

Se ofrecen cuando se realiza uno de los estudios que figuran a continuación, después del período de espera y mientras la póliza está vigente. Se pagan una vez por año calendario, por persona cubierta.

ESTUDIOS DE BIENESTAR PARA DETECTAR EL CÁNCER²

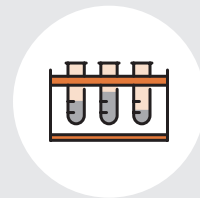
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de la médula ósea • Ecografía mamaria • CA 15-3 (análisis de sangre para detectar cáncer de mama) • CA 125 (análisis de sangre para detectar cáncer de ovarios) • CEA (análisis de sangre para detectar cáncer de colon) • Radiografía de tórax • Colonoscopia • Sigmoidoscopia flexible | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para detectar sangre oculta en las heces • Mamografía³ • Papanicolaou • PSA (análisis de sangre para detectar cáncer de próstata) • Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para detectar mieloma) • Biopsia cutánea • Termografía • Papanicolau ThinPrep^{®4} • Colonoscopia virtual |
|---|---|

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre para controlar los triglicéridos • Doppler de la carótida • Ecocardiograma (ECO) • Electrocardiograma (EKG, ECG) | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de glucemia en ayunas • Prueba de colesterol sérico para determinar el nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y de baja densidad (LDL) • Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora |
|--|---|

Parte dos: Bienestar oncológico, estudio adicional invasivo de diagnóstico o procedimiento quirúrgico

Se brinda cuando un médico realiza un estudio de diagnóstico o procedimiento quirúrgico después del periodo de espera como consecuencia de un resultado anómalo en alguno de los estudios de bienestar oncológico cubiertos mencionados en la primera parte. Pagaremos el beneficio independientemente de los resultados del estudio. Se pagan una vez por año calendario, por persona cubierta.



Para promover la detección temprana, nuestro seguro oncológico ofrece beneficios de bienestar y estudios de diagnóstico.



Para obtener más información, habla con tu consejero de beneficios de Colonial Life.



Seguro Oncológico*

Exclusiones y restricciones

Período de espera

Todos los beneficios y cláusulas adicionales están sujetos a un período de espera de 30 días. Período de espera se refiere a los primeros 30 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la póliza, durante los cuales no se paga ningún beneficio.

Consulta la siguiente lista para conocer las variaciones específicas por estado.

ID, MD, MN, MO, OK, SD, VA y WA — Sin período de espera

Elegibilidad para el beneficios para el cáncer

Pagaremos beneficios por el tratamiento de cáncer, incluido el cáncer de piel cuando aplique, que:

- la fecha de diagnóstico es posterior al período de espera;
- la fecha de diagnóstico ocurre mientras la póliza esté vigente;
- una persona cubierta recibe tratamiento de cáncer o cáncer de piel mientras la póliza esté vigente; y
- el cáncer o tratamiento no se excluya por nombre o descripción específica en esta póliza.

Si tu cáncer tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de ese cáncer se aplicará únicamente a las pérdidas que se inicien después de que la póliza haya estado vigente durante dos años, a menos que esté excluido por nombre o por una descripción específica en esta póliza.

Si el cáncer no se diagnostica clínica o patológicamente hasta después de tu fallecimiento, solo pagaremos beneficios por el tratamiento del cáncer realizado durante el período de 45 días antes de tu fallecimiento.

Consulta la siguiente lista para conocer las variaciones específicas por estado.

CO — si tu cáncer tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de ese cáncer se aplicará únicamente a las pérdidas que se inicien después de que la póliza haya estado vigente durante un año, a menos que esté excluido por nombre o por una descripción específica en la póliza.

NC — si tu cáncer tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de ese cáncer se aplicará únicamente a las pérdidas que se inicien después de que la póliza haya estado vigente durante 12 meses, a menos que esté excluido por nombre o por una descripción específica en la póliza.

Lo que esta póliza no cubre

No pagamos beneficios por cáncer o cáncer de piel:

- si el diagnóstico o tratamiento de cáncer se recibe fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos y sus posesiones; o
- por otras afecciones o enfermedades, excepto pérdidas directamente a causa del cáncer.

Consulta la siguiente lista para conocer las variaciones específicas por estado de la cobertura por cáncer.

ID — Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer es una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses que se muestra en el Certificado de la Póliza, en la fecha en que se le diagnosticó inicialmente el cáncer o cáncer de piel. Una afección

preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la póliza.

MD — Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer es una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses en virtud de la póliza, en la fecha en que se le diagnosticó el cáncer o cáncer de piel. Una afección preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

No pagamos beneficios por cáncer o cáncer de piel:

- si el diagnóstico y el tratamiento para el cáncer se confirme y se reciba fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos y sus posesiones; o
- por cualquier otra afección o enfermedad, excepto pérdidas directamente a causa del cáncer.

MN — Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer es una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses que se muestra en el Certificado de la Póliza, en la fecha en que se le diagnosticó inicialmente el cáncer o cáncer de piel. Una afección preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la póliza.

MO — Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer es una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses que se muestra en el Certificado de la Póliza, en la fecha en que se le diagnosticó inicialmente el cáncer o cáncer de piel. Una afección preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la póliza.

OK — Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica sea una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses en virtud de la póliza, en la fecha en que se le diagnosticó inicialmente el cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica. Una afección preexistente es una enfermedad por la cual una persona cubierta recibió asesoramiento médico, tratamiento o recomendaciones de tratamiento por parte de un médico dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la póliza, y que no esté excluida por nombre o descripción específica en esta política.

SC — No pagamos beneficios por cáncer o cáncer de piel:

- si el diagnóstico o tratamiento de cáncer se recibe fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos y sus posesiones; o
- por otras afecciones o enfermedades, excepto pérdidas directamente a causa del cáncer, agravadas por el cáncer o que sean un resultado del cáncer o del tratamiento para el cáncer.

SD – Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica sea una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses, en virtud de su póliza, en la fecha en que se le diagnosticó el cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica. Una afección preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

VA – Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios por el diagnóstico de cáncer interno o de piel que sea una afección preexistente, ni pagaremos beneficios por el tratamiento de cáncer interno o de piel que sea una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses que se muestra en la póliza. Una afección preexistente es una enfermedad por la cual una persona cubierta recibió un diagnóstico antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza, y por la que recibió asesoramiento médico o recomendaciones de tratamiento por parte de un médico dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

VT – No pagamos beneficios por cáncer o cáncer de piel:

- si el diagnóstico o tratamiento de cáncer se recibe fuera de los límites territoriales de Estados Unidos y sus posesiones, a menos que el diagnóstico haya sido confirmado dentro de los límites territoriales de Estados Unidos o sus posesiones por parte de un médico autorizado; o
- Por otras afecciones o enfermedades, excepto pérdidas directamente a causa del cáncer.

WA – Restricciones por afecciones preexistentes. No pagaremos beneficios si el diagnóstico o tratamiento del cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica sea una afección preexistente, a menos que la persona cubierta haya cumplido el período de restricciones de afecciones preexistentes de seis meses en virtud de la póliza, en la fecha en que se le diagnosticó inicialmente el cáncer, cáncer de piel o una enfermedad específica. Una afección preexistente es una enfermedad o una afección física por la que una persona cubierta fue tratada, se le realizaron exámenes médicos, recibió asesoramiento médico o tomó medicamentos dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

Cláusula adicional para elegibilidad para la hospitalización por enfermedad específica

Pagaremos este beneficio cada día que la persona cubierta incurra en un cargo y sea hospitalizada por el tratamiento de una enfermedad específica si:

- la fecha de diagnóstico de la enfermedad específica ocurre después del período de espera;
- la fecha de diagnóstico de la enfermedad específica ocurre mientras la cláusula adicional esté vigente;
- una persona cubierta esta hospitalizada por el tratamiento de una enfermedad específica mientras la cláusula adicional esté vigente; y
- la enfermedad específica no se excluya por nombre o descripción específica en esta cláusula adicional.

Si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que la cláusula adicional haya estado vigente durante dos años, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional.

Consulta la siguiente lista para conocer las variaciones específicas por estado de esta cláusula adicional.

MA – si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico durante el período de espera, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que esta cláusula adicional haya estado vigente durante seis meses, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional. Si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico durante el período de espera, puedes optar por cancelar la póliza y recibir el reembolso de todas las primas pagadas o elegir un retraso de seis meses en el pago de los beneficios por la enfermedad específica diagnosticada durante el período de espera.

CO – si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que la cláusula adicional haya estado vigente durante un año, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional.

NC – si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que la cláusula adicional haya estado vigente durante 12 meses, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional.

NC – si tu enfermedad específica tiene una fecha de diagnóstico anterior al final del período de espera, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que la cláusula adicional haya estado vigente durante seis meses, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional.

ID, MD, MN, MO, OK, SD, y VA – Restricciones por afecciones preexistentes. Si la enfermedad específica de una persona cubierta es una afección preexistente, la cobertura de esa enfermedad específica se aplicará únicamente a las hospitalizaciones que inician después de que la cláusula adicional haya estado vigente durante seis meses, a menos que la enfermedad específica esté excluida por nombre o por una descripción específica en esta cláusula adicional.

Póliza con garantía de renovación

La póliza tiene una garantía de renovación siempre que pagues las primas cuando venzan o dentro del período de gracia. La prima se puede cambiar solo si nosotros la cambiamos en todas las pólizas de este tipo en vigencia en el estado donde se emitió.

*El nombre del producto presentado en algunos estados es Seguro por Enfermedad Específica. En FL y VT, el nombre del producto presentado es Seguro de Beneficios Limitados.

ESTA PÓLIZA BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS.

Esta cobertura es un complemento de un seguro de salud. No sustituye a los beneficios de salud esenciales ni a la cobertura mínima esencial definida en la ley federal. Los asegurados en algunos estados deben tener una cobertura de un seguro médico integral antes de solicitar esta cobertura.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura del seguro disponible. La póliza o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en ciertos estados. La póliza contiene exclusiones y restricciones que pueden afectar a los beneficios a pagar. Aplicable al formulario de póliza CanAssist y a los formularios de las cláusulas adicionales R-CanAssistIdx, R-CanAssistProg y R-CanAssistSpDis (incluidas las abreviaturas de los estados cuando se utilicen, por ejemplo: CanAssist-TX). Para conocer el costo y los detalles completos de la cobertura, llama o escribe a tu consejero de beneficios de Colonial Life o a la empresa. Este formulario no está completo sin el formulario básico 101478, 101481, 101482, 101483, 101484, 101485, 101486 o 101547.