

# AMERICAN FAMILY LIFE ASSURANCE COMPANY OF COLUMBUS

Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999

Una Compañía por Acciones

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

Esta póliza de indemnización fija puede que le pague una cantidad limitada en dólares si usted se enferma o es hospitalizado. Usted es todavía responsable de pagar los costos de sus cuidados médicos.

- El pago que usted recibe no se basa en el monto de su factura médica.
- Puede que exista un límite en la cantidad que esta póliza paga cada año.
- Esta póliza no es un sustituto de un seguro médico integral.
- Ya que esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones Federales al consumidor que aplican al seguro médico.

## **¿En busca de un seguro médico integral?**

- **Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para ver opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su empleo o del empleo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

## **¿Tiene preguntas sobre esta póliza?**

- Para preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con su Departamento de Seguros del Estado. Busque el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](http://naic.org)) bajo “Departamentos de Seguros.”
- Si usted tiene esta póliza a través de su empleo o el empleo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.



# Aflac Choice

## SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN COMPATIBLE CON HSA – OPCIÓN H

---

Durante más de 60 años, nos hemos dedicado a ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.



LA PÓLIZA ES UN SUPLEMENTO PARA EL SEGURO MÉDICO Y NO ES UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. LA FALTA DE UNA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PUEDE RESULTAR EN UN PAGO ADICIONAL DE SUS IMPUESTOS.

# AFLAC CHOICE

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN  
COMPATIBLE CON HSA – OPCIÓN H

Póliza B4010HOK



## Sus beneficios. A su manera.

Como la mayoría de los estadounidenses, es posible que sienta que el bienestar financiero no es una realidad en estos días. Con la inflación y los costos del cuidado de la salud en aumento, puede que los consumidores dentro de todos los niveles de ingresos estén teniendo dificultades para llegar a fin de mes. Y dado que el seguro médico en realidad nunca fue diseñado para cubrir todos los costos del cuidado médico, una visita no prevista al hospital podría dejarle con facturas médicas inesperadas, lo que solo agravaría los problemas financieros.

### He aquí como Aflac puede ayudar

Aflac Choice ofrece una amplia variedad de opciones, para que pueda personalizar los beneficios hospitalarios según sus necesidades únicas y presupuesto, para ayudarle con los gastos pagados del propio bolsillo relacionados con las estadías en el hospital.

Aflac le paga dinero en efectivo para ayudarle con los gastos que no cubre el seguro médico, para que pueda preocuparse menos por llegar a fin de mes cuando le quedan facturas médicas inesperadas.

### Por qué Aflac Choice puede ser adecuado para usted

- Puede escoger la cantidad del beneficio de hospitalización que sea adecuada para usted basado en sus necesidades específicas.
- Pagamos dinero en efectivo directamente a usted (a menos que se asigne de otro modo)—no al médico u hospital.



**Comprenda la diferencia que puede hacer Aflac en su seguridad económica.**

Aflac paga beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que hayan sido asignados de otro modo, por gastos de hospital cubiertos. Proveemos recursos financieros para ayudarle a superar algunos de los gastos inesperados relacionados con una visita al hospital, dándole menos preocupaciones para que pueda enfocar su energía en recuperarse.

## Cómo funciona

### SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN AFLAC CHOICE COMPATIBLE CON HSA - OPCIÓN H

EL TITULAR DE LA PÓLIZA SIENTE UN DOLOR AGUDO EN SU LADO DERECHO. DECIDE VISITAR LA SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL.



EL MÉDICO DIAGNOSTICA APENDICITIS, ENVÍA AL PACIENTE PARA CIRUGÍA.



EL PACIENTE SE SOMETE A CIRUGÍA. SE LE DA DE ALTA DESPUÉS DE 3 DÍAS EN EL HOSPITAL.

BENEFICIOS TOTALES DE

**\$1,800**

El ejemplo anterior está basado en la póliza de Aflac Choice Opción H seleccionada por el titular de la póliza, la cual incluye un Beneficio por Hospitalización de \$1,500 y un Beneficio Diario por Hospitalización de \$300 (hospitalizado por 3 días).

## Resumen de beneficios Escoja la Póliza que se Ajuste a Sus Necesidades

BENEFICIO:	DESCRIPCIÓN:
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	Paga \$500; \$1,000; \$1,500; o \$2,000. Usted escoge la cantidad del beneficio al momento de la solicitud. Pagadero una vez por año calendario, por persona cubierta.
<b>DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN</b>	Paga \$100 por día, por persona cubierta, hasta 365 días.
<b>HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	Paga \$50 por día, por persona cubierta, hasta 30 días.
<b>CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA</b>	Sí

Los beneficios y/o las primas pueden variar basados en el estado y la opción del beneficio seleccionada. La póliza tiene limitaciones, exclusiones y limitaciones de condición de salud preexistente que pueden afectar los beneficios pagaderos. La póliza puede incluir un período de espera. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte el resumen de la cobertura y la póliza para obtener detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones. Para obtener más información, consulte a su agente/productor de seguros, llame al 1.800.992.3522; en español 1.800.742.3522, o visite [aflac.com](http://aflac.com).

---

# COBERTURA DE AFLAC CHOICE

---

**American Family Life Assurance Company of Columbus**  
(denominada Aflac en este documento)  
**Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999**  
**Línea gratuita 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)**  
**En español 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)**

La póliza descrita en este Resumen de la Cobertura provee cobertura suplementaria y sólo será emitida para complementar el seguro ya vigente.

**SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN, BENEFICIOS LIMITADOS**  
**Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza Serie B4010H**

**ESTA NO ES UNA COBERTURA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.**

Si usted califica para Medicare, revise la “Guía Sobre Seguros Médicos para Personas con Medicare” (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*) provista por Aflac.

(1) **Lea Su Póliza Detenidamente:** Este Resumen de la Cobertura provee una breve descripción de algunas de las disposiciones importantes de la póliza. Este no es el contrato del seguro y sólo regirán las disposiciones actuales especificadas en la póliza. La póliza en sí establece detalladamente los derechos y obligaciones tanto de usted como de Aflac. Por lo tanto, es importante que usted LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.

(2) **Cobertura de Indemnización por Hospitalización:** La póliza provee cobertura en forma de un beneficio fijo durante períodos de hospitalización o cuidados debido a una Enfermedad o Lesión, sujeto a cualquiera de las limitaciones establecidas en su póliza. No provee ningún otro beneficio además del pago fijo por indemnización por Hospitalización y cualquiera de los beneficios adicionales descritos a continuación.

(3) **Beneficios:** Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra mientras la cobertura esté vigente, sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes, Limitaciones y Exclusiones y todas las otras disposiciones de la póliza, a menos que se indique lo contrario. El término "Hospitalización" no incluye salas de emergencias. La hospitalización o tratamiento en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere de un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

**A. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN:** Aflac pagará \$[\_\_\_\_\_] cuando una Persona Cubierta requiere una Hospitalización durante 18 horas o más debido a una Enfermedad o Lesión cubierta y se incurre en un cargo por una habitación. Este beneficio es pagadero una vez por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

**B. BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN:** Aflac pagará \$100 por día durante el Período de Hospitalización cuando una Persona Cubierta requiera Hospitalización debido a una Enfermedad o Lesión

cubierta y se incurre en un cargo. Este beneficio es pagadero adicional al Beneficio por Hospitalización. El período máximo del beneficio para cada Período de Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos es de 365 días. No hay límite máximo de por vida.

**C. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Aflac pagará \$50 por día cuando una Persona Cubierta incurra en un cargo por una habitación durante un Período de Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos debido a una Enfermedad o Lesión cubierta. Este beneficio es pagadero adicional al Beneficio de Hospitalización y el Beneficio Diario por Hospitalización. El período máximo del beneficio para cada Período de Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos es de 30 días. No hay límite máximo de por vida.

**D. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Mediante notificación por escrito, Aflac cederá de mes a mes, cualquier prima(s) que venza(n) durante un Período continuo de Hospitalización, para el Asegurado Nombrado solamente. Este beneficio comenzará después que el Período de Hospitalización para el Asegurado Nombrado haya excedido 30 días consecutivos. Cuando haya terminado dicho Período continuo de Hospitalización, los pagos de la prima deben reanudarse. Una vez que se reanuden los pagos de la prima, cualquier Período de Hospitalización nuevo deberá cumplir otra vez los 30 días de hospitalización continua para la cesión del derecho a las primas.

Si usted fallece y su Cónyuge se convierte en el nuevo Asegurado Nombrado, las primas comenzarán nuevamente con la tarifa correspondiente y serán pagaderas en la primera fecha de vencimiento de la prima después del cambio. El nuevo Asegurado Nombrado entonces calificará para este beneficio si surgiera la necesidad.

**(4) Excepciones, Reducciones, y Limitaciones de la Póliza (la póliza no es un plan para gastos diarios de hospital):**

- A. Aflac no pagará beneficios por el cuidado o tratamiento que sea: (1) causado por una Condición de Salud Preexistente, a menos que comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, o (2) recibido antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B. Aflac no pagará beneficios por ninguna enfermedad, padecimiento, infección, trastorno o condición que se manifieste por primera vez después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, a menos que la pérdida comience más de 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- C. Los beneficios debido a una Enfermedad cubierta para todas las personas agregadas a la póliza (excluyendo a los niños recién nacidos y adoptados) están sujetos a un período de espera de 30 días.
- D. Aflac no pagará beneficios cuando la cobertura provista por la póliza esté en violación de cualquier sanción económica o comercial de los Estados Unidos. Si la cobertura violara las sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, dicha cobertura será anulada y cancelada.
- E. Aflac no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo la cobertura. Si usted recibió beneficios que no eran contractualmente adeudados bajo la cobertura, entonces Aflac se reserva el derecho de compensar cualquiera de los beneficios pagaderos bajo la cobertura hasta completar la cantidad de beneficios que usted recibió que no eran contractualmente adeudados.

**F. La póliza no cubre pérdidas causadas por o como resultado de:**

- 1. Embarazo existente antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura, incluyendo cualquiera de las Complicaciones del Embarazo que resulten o un procedimiento de intervención materno-fetal. Para embarazos que comienzan en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, las Complicaciones del Embarazo son cubiertas de la misma manera que una Enfermedad;
- 2. Recibir atención de enfermería rutinaria o cuidados rutinarios para la buena salud del bebé (*well-baby care*) para un recién nacido;
- 3. Usar cualquier narcótico, alucinógeno o sustancia química (a menos que sea administrado por un Médico), o voluntariamente ingerir cualquier tipo de veneno o inhalar cualquier tipo de gas o vapores;

- 4. Participar en, o intentar participar en, una actividad ilegal que sea definida como un delito grave, ya sea acusado o no ("delito grave" se define por la ley de la jurisdicción en la cual sucede el hecho); o ser detenido en cualquier centro de detención o institución penal;
- 5. Alcoholismo y adicción a las drogas;
- 6. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente, o cometer o intentar suicidio, estando cuerdo o demente;
- 7. Recibir tratamiento dental, excepto a consecuencia de una Lesión;
- 8. Someterse a una cirugía cosmética que no fuera Médicamente Necesaria;
- 9. Someterse a una cirugía electiva que no sea Médicamente Necesaria dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura;
- 10. Prestar servicio activo en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas, incluyendo la Guardia Nacional o la Reserva;
- 11. Participar activamente en un disturbio, rebelión o una actividad terrorista;
- 12. Donar un órgano dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura; o
- 13. Padecer de trastornos mentales o emocionales.

Una "Condición de Salud Preexistente" es una enfermedad, padecimiento, infección, trastorno, condición o lesión por la cual, durante el período de 12 meses previos a la Fecha de Vigencia de la cobertura, se tomaron medicamentos recetados o exámenes médicos, consejo, consulta o tratamiento fue recomendado o recibido, o cuyos síntomas existentes hubiesen causado generalmente que una persona prudente buscara diagnóstico, cuidado o tratamiento. El cuidado o tratamiento causado por una Condición de Salud Preexistente no será cubierto, a menos que comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

- (5) Renovación:** La póliza tiene renovación garantizada de por vida mediante el pago puntual de las primas, según la tarifa establecida al inicio de cada período, excepto que podemos discontinuar o rescindir la póliza si usted ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha efectuado una tergiversación intencional del hecho material relacionado en cualquier forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones por beneficios bajo la póliza. Aflac podrá cambiar la tarifa de la prima establecida, pero sólo si la tarifa se cambia en todas las pólizas con el mismo número de formulario y la clasificación de prima del estado donde la póliza fue emitida y está en vigor.

**(6) PAGO DE RECLAMACIONES:** Todos los beneficios serán pagaderos a usted, a menos que usted o en virtud de la ley se asignen de otra manera. Cualquier beneficio acumulado que no se haya pagado en su muerte, será pagado a su caudal hereditario. Si hubiera alguna indemnización de esta póliza será pagadera al caudal hereditario del asegurado, o a un asegurado o beneficiario que sea menor de edad o de alguna otra manera no es competente para conceder una renuncia válida, Aflac puede pagar dicha indemnización, hasta una cantidad que no exceda \$1000.00, a cualquier pariente consanguíneo o por vínculo matrimonial de un asegurado o beneficiario, quien sea considerado por Aflac para tener derecho equitativo a dicha indemnización. Cualquier pago realizado por Aflac en buena fe conforme a esta disposición, deberá liberar a Aflac de toda

responsabilidad en toda la extensión de dicho pago. Si una Persona Cubierta bajo esta póliza califica para y recibe asistencia médica por parte del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma, los beneficios pagaderos bajo esta póliza serán pagados a dicha agencia. La cantidad de los beneficios pagaderos al Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma deberán ser los gastos médicos reales que fueron pagados por la agencia en nombre del asegurado, sujeto a cualquiera de las limitaciones del beneficio provistas por la póliza. Los pagos serán efectuados después de que la Compañía reciba una notificación de asignación de beneficios por parte del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma.

**GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.**

**ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SÓLO UN BREVE BOSQUEJO DE LA COBERTURA PROPORCIONADA. SE DEBE CONSULTAR LA PROPIA PÓLIZA PARA DETERMINAR LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES QUE RIGEN.**

**The English version of this form is the official version and shall control the resolution of any dispute or complaint. The Spanish version is provided as an accommodation to the customer and is for informational purposes only.**

**El formulario en inglés es la versión oficial de este formulario y regirá la resolución en cualquier disputa o queja. La versión en español se provee como referencia para el cliente y es sólo con fines informativos.**

## TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

**PERSONA CUBIERTA:** Cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura que usted indicó en la solicitud: individual (asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/cónyuge solamente (asegurado nombrado y su cónyuge), familia con uno de los padres (asegurado nombrado e hijos dependientes), o familia con ambos padres (asegurado nombrado, cónyuge e hijos dependientes). Cónyuge se define como la persona con la cual se encuentra legalmente casado/a y quien se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos están cubiertos automáticamente por 30 días desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual o de asegurado nombrado/cónyuge solamente y usted desea cobertura ininterrumpida para un hijo recién nacido más allá de los primeros 30 días, deberá notificarlo por escrito a Aflac dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento del hijo(a), y Aflac convertirá la póliza a cobertura de familia con uno de los padres o a familia con ambos padres y le notificará sobre la prima adicional a pagar, si corresponde. La cobertura incluirá a cualquier otro hijo dependiente, sin importar la edad, quien no tiene la capacidad de tener un empleo para mantenerse a sí mismo por razones de incapacidad mental o física y que haya contraído dicha incapacidad antes de cumplir 26 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. Los hijos dependientes son sus hijos naturales, hijastros, o hijos adoptados legalmente, menores de 26 años de edad. Los hijos nacidos de sus hijos dependientes o los hijos nacidos de los hijos dependientes de su cónyuge no están cubiertos bajo la póliza.

**FECHA DE VIGENCIA:** La(s) fecha(s) en que comienza la cobertura como se muestra en el Cuadro de la Póliza o en cualquiera de los endosos o cláusulas adicionales adjuntos. La fecha de vigencia no es la fecha en la cual usted firmó la solicitud de cobertura.

**HOSPITALIZACIÓN:** La estadía de una persona cubierta, recluida en una cama de hospital durante 18 horas o más por la cual se realiza un cargo por habitación. La hospitalización debe ser medicamente necesaria y como resultado de una enfermedad o lesión cubierta.

**LESIÓN:** Una lesión corporal causada directamente por un accidente, independiente de una enfermedad, padecimiento, dolencia física o cualquier otra causa. Una lesión debe ocurrir en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor para que los beneficios sean pagaderos. Lea la sección de Limitaciones y Exclusiones para ver las lesiones no cubiertas por la póliza.

**PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN:** El número de días que una persona cubierta esté asignada a una habitación en un hospital e incurra en un cargo. Las hospitalizaciones deben comenzar mientras la cobertura bajo la póliza esté en vigor. La hospitalización que comience antes del final de un año calendario y continúe en el siguiente año calendario, será considerada como una sola hospitalización.

**PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** El número de días que una persona cubierta esté asignada e incurra en un cargo por una habitación en una unidad de cuidados intensivos en un hospital. Las hospitalizaciones deben comenzar mientras la cobertura bajo la cláusula adicional esté en vigor. La hospitalización que comience antes del final de un año calendario y continúe en el siguiente año calendario, será considerada como una sola hospitalización.

**ENFERMEDAD:** Una afección, padecimiento, infección, trastorno o condición no causada por una lesión, evaluada médicamente, diagnosticada o tratada por un médico más de 30 días después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

El término hospital no incluye ninguna institución o parte de la misma utilizada como una sala de emergencias; un centro de rehabilitación; una unidad de cuidados para enfermos terminales, incluso cualquier cama designada para cuidado de enfermos terminales o una cama para atención poshospitalaria (*swing bed*); un hogar de convalecencia; un centro de reposo o enfermería; una unidad de psiquiatría; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o un centro que principalmente provea cuidados de compañía o educativos, cuidados o tratamientos para personas que padecen enfermedades o trastornos mentales, cuidado para los ancianos o cuidado para las personas adictas a las drogas o el alcohol.

El término unidad de cuidados intensivos en un hospital no incluye unidades tales como salas de telemetría o de recuperación posoperatoria, unidades de cuidado posanestésico, unidades de cuidado progresivo, unidades de cuidados intermedios, habitaciones privadas de monitorización, unidades de observación ubicadas en salas de emergencias o unidades quirúrgicas para pacientes ambulatorios, unidades de cuidados intensivos intermedios (*step-down intensive care units*), ni otros centros que no reúnan los criterios de una unidad de cuidados intensivos en un hospital.

Un médico no es usted o un miembro de su familia inmediata.

**La póliza no cubre pérdidas causadas por un embarazo existente antes de la fecha de vigencia de la cobertura, incluyendo cualquiera de las complicaciones del embarazo**

**que resulten o un procedimiento de intervención maternofetal. Para embarazos que comienzan en o después de la fecha de vigencia de la cobertura, las complicaciones del embarazo serán cubiertas de la misma manera que una enfermedad.** Las

complicaciones del embarazo no incluyen ninguno de los siguientes: parto prematuro, embarazo múltiple, parto falso, hemorragia uterina ocasional, reposo prescrito durante el embarazo, náuseas matutinas y condiciones similares asociadas con el tratamiento de un embarazo difícil sin constituir una complicación del embarazo claramente clasificable. Los partos por cesárea electiva no se consideran complicaciones del embarazo. Para embarazos que comienzan en o después de la fecha de vigencia de la cobertura, las complicaciones del embarazo serán cubiertas de la misma manera que una enfermedad, sujeto a las Limitaciones y Exclusiones.

These materials are provided as a courtesy in Spanish and are for informational purposes only, the English version of these materials is the official version. The insurance policy is written in English and will control any disputes.

Estos materiales se proveen en español como cortesía y son solo para propósitos de información. La versión en inglés de estos materiales es la versión oficial. La póliza del seguro está escrita en inglés y prevalecerá cualquier disputa.



**aflac.com** || **1.800.99.AFLAC** (1.800.992.3522)

**En español: 1.800.SI.AFLAC** (1.800.742.3522)

Suscrita por:  
American Family Life Assurance Company of Columbus  
Sede Mundial | 1932 Wynnton Road | Columbus, Georgia 31999

