

Aflac Critical Care Protection

SEGURO PARA INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD – OPCIÓN 1

Por casi 60 años, nos hemos dedicado a ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.



Aflac®

Cuidado crítico para usted. Protección económica adicional para su familia.

La póliza Critical Care Protection de Aflac ayuda a proveerle tranquilidad económica si usted sufre una incidencia de salud grave, tal como un ataque al corazón o un derrame cerebral. Usted recibirá un beneficio de suma global tras el diagnóstico de una incidencia cubierta con beneficios adicionales a ser pagados por cosas tales como una hospitalización, ambulancia, transporte, alojamiento y terapia.

Todos los beneficios se pagan directamente a usted, a menos que se asignen de otra manera, y se pueden usar para cualquier gasto pagado del propio bolsillo que tenga, tales como pagos del vehículo, pagos de la hipoteca o el alquiler, o facturas de servicios públicos. Aflac Critical Care Protection le permite ayudar a proteger las cosas que usted más aprecia de lo inesperado.



Conozca los hechos:

DATO NO. 1

APROXIMADAMENTE
CADA

34 SEGUNDOS

UN ESTADOUNIDENSE SUFRE UN ATAQUE AL CORAZÓN.¹

DATO NO. 2

APROXIMADAMENTE
CADA

40 SEGUNDOS

ALGUIEN EN LOS ESTADOS UNIDOS SUFRE UN DERRAME CEREBRAL.¹

¹Heart Disease and Stroke Statistics, 2014 Update, American Heart Association.

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

Aflac le paga los beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que usted lo elija de otra manera. Aflac Critical Care Protection está diseñado para proveerle beneficios en efectivo si usted sufre una incidencia específica de la salud, tal como un paro cardíaco súbito o una insuficiencia renal en etapa final. Esto significa que usted tendrá recursos financieros adicionales para ayudarlo con los gastos incurridos debido a una incidencia de salud grave, para ayudarlo con los gastos de la vida diaria o para lo que usted decida.

Una enfermedad o lesión le puede suceder a cualquiera, en cualquier momento—y cuando sucede, los gastos diarios pueden parecer abrumadores. Afortunadamente, Critical Care Protection de Aflac puede ayudar con esos gastos diarios, para que sólo tenga que enfocarse en su recuperación.

Aflac Critical Care Protection ofrece más tipos de beneficios en comparación con otras coberturas para enfermedad grave en el mercado:

- Paga \$7,500 tras el diagnóstico de haber sufrido una incidencia específica de la salud, lo que aumenta a \$10,000 para hijos dependientes
- Paga \$300 por día para las hospitalizaciones cubiertas
- Paga beneficios por terapia física, logopedia, terapia para rehabilitación, asistencia médica en el hogar, y muchos más
- Beneficios por transporte y alojamiento pagaderos por viajar para recibir tratamiento
- Es de renovación garantizada—siempre y cuando se paguen las primas, la póliza no puede ser cancelada

Las incidencias específicas de la salud cubiertas por la póliza Critical Care Protection incluyen:

- Ataque al Corazón
- Derrame Cerebral
- Cirugía para Injertos de Derivación de Arterias Coronarias (CABG, por sus siglas en inglés)
- Paro Cardíaco Súbito
- Quemaduras de Tercer Grado
- Coma
- Parálisis
- Trasplante de Órgano Humano Principal
- Insuficiencia Renal en Etapa Final
- Estado Vegetativo Persistente

Cómo funciona



El ejemplo anterior está basado en un escenario para Aflac Critical Care Protection – Opción 1 que incluye las condiciones de los siguientes beneficios: Beneficio por Primera Incidencia (ataque al corazón) de \$7,500, Beneficio por Ambulancia (transporte por ambulancia terrestre) de \$250, Beneficio por Hospitalización (5 días) de \$1,500 y Beneficio por Cuidado Continuo (30 días) de \$3,750.

La póliza tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Para costos y detalles completos sobre la cobertura, comuníquese con su agente/productor del seguro de Aflac.

Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte la póliza para detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones.

Aflac Critical Care Protection – Opción 1 Resumen de Beneficios

NOMBRE DEL BENEFICIO	CANTIDAD DEL BENEFICIO
BENEFICIO POR PRIMERA INCIDENCIA: Asegurado Nombrado/Cónyuge Hijos Dependientes	\$7,500; límite máximo de por vida de \$7,500 por persona cubierta \$10,000; límite máximo de por vida de \$10,000 por persona cubierta
BENEFICIO POR INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD SUBSIGUIENTE	\$3,500 Se aplican limitaciones de ocurrencia subsiguiente. No hay límite máximo de por vida.
BENEFICIO POR ANGIOPLASTIA CORONARIA	\$1,000 Pagadero sólo una vez por persona cubierta, de por vida
BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN	\$300 por día No hay límite máximo de por vida
BENEFICIO POR AMBULANCIA	\$250 terrestre o \$2,000 aérea No hay límite máximo de por vida
BENEFICIO POR CUIDADO CONTINUO	\$125 por cada día que se le cobre a una persona cubierta cualquiera de los siguientes tratamientos: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia para Rehabilitación • Terapia Física • Logopedia • Ergoterapia • Terapia Respiratoria • Terapia/Consulta para Dieta • Asistencia Médica en el Hogar • Diálisis • Cuidados Paliativos • Cuidados Prolongados • Visitas al Médico • Atención en una Residencia de Ancianos y Enfermos El tratamiento está limitado a 75 días de cuidado continuo recibido dentro de los 180 días después que ocurra la pérdida cubierta más reciente. No hay límite máximo de por vida.
BENEFICIO POR TRANSPORTE	\$.50 por milla, por persona cubierta que se le prescriba un tratamiento especial, por una pérdida cubierta Se limita a \$1,500 por ocurrencia; no hay límite máximo de por vida
BENEFICIO POR ALOJAMIENTO	Hasta \$75 por día, para los gastos de alojamiento cubiertos Se limita a 15 días por ocurrencia; no hay límite máximo de por vida
BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Se cede el derecho a la prima, de mes a mes, durante la incapacidad total (después de 180 días continuos)
BENEFICIO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA	Se ceden todas las primas mensuales por hasta 2 meses, cuando se cumple con todas las condiciones para este beneficio

BENEFICIO LIMITADO

AFLAC CRITICAL CARE PROTECTION

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 se emitirá para suplementar un seguro ya vigente.

SEGURO DE INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD
Cobertura de Seguro Médico Suplementario
Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza Serie A74100

ESTO NO ES UNA COBERTURA DE SUPLEMENTO 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 características importantes de su 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) **La Cobertura del Seguro de Incidencia Específica de la Salud** está diseñada para suplementar su cobertura por accidente y enfermedad existente sólo cuando ocurren ciertas pérdidas como resultado de Incidencias Específicas de la Salud u otras condiciones como se especifique. Las Incidencias Específicas de la Salud son: Ataque al Corazón, Derrame Cerebral, Insuficiencia Renal en Etapa Final, Trasplante de Órgano Humano Principal, Quemaduras de Tercer Grado, Estado Vegetativo Persistente, Coma, Parálisis, Cirugía para Injertos de Derivación de Arterias Coronarias (CABG, por sus siglas en inglés) o Paro Cardíaco Súbito. La cobertura se provee para los beneficios descritos en la Parte (3) **Beneficios**. Los beneficios descritos en la Parte (3) **Beneficios** pueden ser limitados por la Parte (5) **Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Póliza**.

(3) **Beneficios:** Mientras la cobertura se encuentre vigente, Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, sujeto a las Limitaciones de Condición de Salud Preexistente, Limitaciones y Exclusiones, y todas las demás disposiciones de la póliza. El término “Hospitalización” no incluye salas de emergencia. El tratamiento u hospitalización en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

A. BENEFICIO POR PRIMERA INCIDENCIA: Aflac pagará la siguiente cantidad de beneficio por cada Persona Cubierta cuando es diagnosticada inicialmente de haber sufrido una Incidencia Específica de la Salud:

Asegurado Nombrado/Cónyuge

\$7,500 (Máximo de por vida de \$7,500 por Persona Cubierta)

Hijos Dependientes

\$10,000 (Máximo de por vida de \$10,000 por Persona Cubierta)

Este beneficio es pagadero sólo una vez por Persona Cubierta, de por vida.

B. BENEFICIO POR INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD SUBSIGUIENTE: Si se han pagado beneficios a una Persona Cubierta bajo el Beneficio por Primera Incidencia anterior, Aflac pagará \$3,500 si más tarde se diagnostica que dicha Persona Cubierta ha sufrido una Incidencia Específica de la Salud subsiguiente.

Para que el Beneficio por Incidencia Específica de la Salud Subsiguiente sea pagadero, la Incidencia Específica de la Salud subsiguiente deberá ocurrir a los 180 días o más, después que ocurra cualquier Incidencia Específica de la Salud pagada previamente para tal Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

C. BENEFICIO POR ANGIOPLASTIA CORONARIA: Aflac pagará \$1,000 cuando una Persona Cubierta reciba una Angioplastia Coronaria, con o sin *stents*.

Este beneficio es pagadero sólo una vez por Persona Cubierta, de por vida.

D. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN (incluye hospitalización en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos): Cuando una Persona Cubierta requiere Hospitalización para el tratamiento de una Pérdida cubierta, Aflac pagará \$300 por día, por cada día que a una Persona Cubierta se le cobre un cargo como paciente interno. **Este beneficio está limitado a hospitalizaciones para el tratamiento de una Pérdida cubierta que ocurra dentro de los 500 días después que ocurra la Pérdida cubierta más reciente. No hay límite máximo de por vida.**

Los Beneficios por Hospitalización son pagaderos solamente por una Pérdida cubierta a la vez, por Persona Cubierta. La hospitalización en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

Este beneficio no es pagadero en el mismo día que el Beneficio por Cuidado Continuo. Se pagará el beneficio más alto que califique.

- E. BENEFICIO POR AMBULANCIA:** Si, debido a una Pérdida cubierta, una Persona Cubierta requiere transporte por ambulancia terrestre hacia o desde un Hospital, Aflac pagará \$250. Si se requiere transporte por ambulancia aérea debido a una Pérdida cubierta, pagaremos \$2,000. El servicio de ambulancia deberá ser provisto por una compañía profesional de ambulancias autorizada. Este beneficio no será pagado más de dos veces por cada ocurrencia de una Pérdida.

Este beneficio no es pagadero más allá de los 180 días siguientes a la ocurrencia de una Pérdida cubierta. No hay límite máximo de por vida.

Los Beneficios por Cuidado Continuo, Transporte y Alojamiento se pagarán por la atención recibida dentro de los 180 días después que ocurra una Pérdida cubierta. Los beneficios son pagaderos solamente por una Pérdida cubierta a la vez, por Persona Cubierta. Si una Persona Cubierta califica para recibir beneficios por más de una Pérdida cubierta, pagaremos beneficios solamente por la atención recibida dentro de los 180 días después que ocurra la Pérdida cubierta más reciente.

- F. BENEFICIO POR CUIDADO CONTINUO:** Si, debido a una Pérdida cubierta, una Persona Cubierta recibe cualquiera de los siguientes tratamientos de un Médico autorizado, Aflac pagará \$125 por cada día que se le cobre a una Persona Cubierta:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. terapia para rehabilitación | 8. diálisis |
| 2. terapia física | 9. cuidados paliativos |
| 3. logopedia | 10. cuidados prolongados |
| 4. ergoterapia | 11. visitas al Médico |
| 5. terapia respiratoria | 12. atención en una |
| 6. terapia/consulta para dieta | residencia de ancianos |
| 7. asistencia médica en el hogar | y enfermos |

El tratamiento está limitado a 75 días de cuidado continuo recibido dentro de los 180 días después que ocurra la Pérdida cubierta más reciente. La cantidad máxima diaria a pagar por este beneficio es de \$125, sin tener en cuenta el número de tratamientos recibidos.

Este beneficio no es pagadero en el mismo día que el Beneficio por Hospitalización. Se pagará el beneficio más alto que califique. No hay límite máximo de por vida.

- G. BENEFICIO POR TRANSPORTE:** Si una Persona Cubierta necesita tratamiento médico especial que ha sido prescrito por el Médico de cabecera local debido a una Pérdida cubierta, Aflac pagará 50 centavos por milla por transporte no comercial o los costos incurridos por transporte comercial (tarifa de clase económica en avión, tren o autobús) por el transporte de una Persona Cubierta, por la distancia del viaje de ida y vuelta entre el Hospital o instalación médica y la residencia de la Persona Cubierta. Este beneficio no es pagadero por transporte en ambulancia o ambulancia aérea al Hospital. El reembolso se realizará solamente por el método de transporte que realmente se utilice. Este beneficio se pagará únicamente a la Persona Cubierta para la cual se recete el tratamiento especial. Si el tratamiento especial es para un Hijo Dependiente y se requiere un transporte comercial, pagaremos este beneficio para que hasta dos adultos acompañen al Hijo Dependiente. La cantidad pagadera de los beneficios se limita a \$1,500 por ocurrencia de una Pérdida cubierta. **Los Beneficios por Transporte no son pagaderos más allá de los 180 días siguientes a la ocurrencia de una Pérdida cubierta. ESTE BENEFICIO NO ES PAGADERO POR EL TRANSPORTE A CUALQUIER HOSPITAL UBICADO DENTRO DE UN RADIO DE 50 MILLAS DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA CUBIERTA. No hay límite máximo de por vida.**

- H. BENEFICIO POR ALOJAMIENTO:** Aflac pagará los cargos incurridos hasta \$75 por día por alojamiento en una habitación de motel, hotel, u otro alojamiento comercial, para usted o cualquier otro adulto miembro de la familia cuando una Persona Cubierta reciba tratamiento médico especial por una Pérdida cubierta en un Hospital o instalación médica. El Hospital, instalación médica y alojamiento deben estar a más de 50 millas de la residencia de la Persona Cubierta. Este beneficio no es pagadero por el alojamiento que ocurra más de 24 horas antes del tratamiento, ni para el alojamiento que ocurra más de 24 horas después del tratamiento. Este beneficio se limita a 15 días por ocurrencia de una Pérdida cubierta.

Este beneficio no es pagadero más allá de los 180 días siguientes a la ocurrencia de una Pérdida cubierta. No hay límite máximo de por vida.

- I. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:**

Empleado: Si usted, debido a una Incidencia Específica de la Salud, es completamente incapaz de realizar todas las tareas usuales y rutinarias de su ocupación durante un período de 180 días continuos, Aflac cederá de mes a mes, cualquier prima que venza durante su incapacidad continua. Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador y una declaración de un Médico, de su incapacidad para realizar tales tareas, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una

declaración de un Médico indicando que la incapacidad total continúa.

Desempleado: Si usted, debido a una Incidencia Específica de la Salud, es completamente incapaz de realizar tres o más de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) sin Asistencia Personal Directa durante un período de 180 días continuos, Aflac cederá de mes a mes, cualquier prima que venza durante su incapacidad continua. Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración de un Médico de su incapacidad para realizar tales tareas, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que la incapacidad total continúa.

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

Mientras se esté pagando este beneficio, Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar si usted puede realizar una AVD.

J. BENEFICIO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA: Aflac cederá el derecho a todas las primas mensuales vencidas para la póliza y las cláusulas adicionales, si alguna, por hasta dos meses, si usted cumple con todas las siguientes condiciones:

1. Su póliza ha estado vigente durante un mínimo de seis meses;
2. Hemos recibido las primas por un mínimo de seis meses consecutivos;
3. Sus primas han sido pagadas por deducción de nómina y usted abandona a su empleador por cualquier motivo;
4. Usted o su empleador nos han notificado por escrito dentro de los 30 días de la fecha en que cesaron los pagos de su prima debido a que usted abandonó su empleo; y
5. Usted restablece los pagos de la prima a través de:
 - a. el proceso de deducción de nómina de su nuevo empleador; o
 - b. pago directo a Aflac.

Usted calificará nuevamente para recibir este beneficio después que:

1. Restablezca los pagos de su prima mediante deducción de nómina por un período de por lo menos seis meses y
2. Nosotros recibimos las primas por lo menos durante seis meses consecutivos.

“Deducción de nómina” significa que su prima es remitida a Aflac a su favor por su empleador mediante

un proceso de deducción de nómina o cualquier otro método acordado por Aflac y el empleador.

(4) Beneficios Opcionales:

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE INCREMENTOS PROGRESIVOS POR PRIMERA INCIDENCIA: (Serie A74050)
Solicitada Sí No

El Beneficio por Primera Incidencia, según se define en la póliza, aumentará por \$500 en cada fecha de aniversario de la cláusula adicional mientras la cláusula adicional permanezca vigente. (La cantidad del aumento mensual será determinada mediante prorrateo). Este beneficio será pagado bajo los mismos términos que el Beneficio por Primera Incidencia. Este beneficio cesará de incrementar por cada Persona Cubierta en la fecha de aniversario de la cláusula adicional siguiente al 65to cumpleaños de la Persona Cubierta o durante una Incidencia Específica de la Salud, sujeto a las Limitaciones y Exclusiones de la póliza, para dicha Persona Cubierta, lo que ocurra primero. Sin embargo, sin importar la edad de la Persona Cubierta en la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional, este beneficio acumulará por un período de por lo menos cinco años, a menos que se diagnostique una Incidencia Específica de la Salud antes del quinto año de cobertura. (Si la cláusula adicional es una cobertura Individual, no se cobrarán más primas por la cláusula adicional después del pago de los beneficios).

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE RECUPERACIÓN POR INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: (Serie A74051)
Solicitada Sí No

RECUPERACIÓN POR INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: Se considerará que una Persona Cubierta se encuentra en Recuperación de Incidencia Específica de la Salud si continúa estando bajo el cuidado y tratamiento activo proporcionado por un Médico por una Incidencia Específica de la Salud cubierta, O si es incapaz de realizar las tareas de su ocupación regular debido a una Incidencia Específica de la Salud cubierta. “Incidencia Específica de la Salud” incluye Ataque al Corazón, Derrame Cerebral, Insuficiencia Renal en Etapa Final, Trasplante de Órgano Humano Principal, Quemaduras de Tercer Grado, Estado Vegetativo Persistente, Coma, Parálisis, Cirugía para Injertos de Derivación de Arterias Coronarias (CABG, por sus siglas en inglés) o Paro Cardíaco Súbito, que ocurran en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional. (Si la cláusula adicional es una cobertura Individual, no se cobrarán más primas por la cláusula adicional después del pago de los beneficios de límite máximo de por vida).

BENEFICIO DE RECUPERACIÓN POR INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: Aflac pagará \$500 por mes mientras una Persona Cubierta permanezca en Recuperación de Incidencia Específica de la Salud, cuando reciba una prueba escrita de la Pérdida por parte del Médico de dicha persona.

Límite máximo de por vida de seis meses por Persona Cubierta.

(5) Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Póliza (esto no es un plan de gastos diarios de hospital):

- A. Aflac no pagará beneficios por cualquier Pérdida que es causada por una Condición de Salud Preexistente, a menos que la Pérdida ocurra más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B. Aflac no pagará beneficios por cualquier Pérdida que es diagnosticada o tratada fuera de los límites territoriales de Estados Unidos o sus territorios.
- C. 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.
- D. Para que cualquier beneficio sea pagadero, la Pérdida debe ocurrir en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigencia. Si ocurre más de una Incidencia Específica de la Salud por Persona Cubierta en el mismo día, sólo se pagará el beneficio más alto que califique.
- E. Aflac no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo la cobertura o en cualquier reclamación anterior bajo otra cobertura de Aflac por la que se recibieron beneficios que legalmente no se debían y fraudulentamente indujeron el pago.

F. La póliza no cubre las Pérdidas ni las hospitalizaciones causadas por o como resultado de:

- 1. Alcoholismo o drogadicción;
- 2. 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;
- 3. 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 sucedió el hecho), o ser encarcelado en cualquier centro de detención o institución penal;
- 4. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente, o cometer o intentar suicidio, estando cuerdo o demente;
- 5. Someterse a cirugía electiva que no fuera Médicamente Necesaria dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura; o

- 6. Prestar servicio activo en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas, incluyendo la Guardia Nacional o la Reserva.

LIMITACIONES DE CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE:

Una "Condición de Salud Preexistente" es una enfermedad, padecimiento, infección, trastorno o Lesión para la cual se ha tomado medicamentos por prescripción o se recomendó o recibió exámenes médicos, consejo médico, consulta o tratamiento, o de la cual existían síntomas que hubiesen causado generalmente que una persona prudente buscara diagnóstico, atención o tratamiento, dentro del período de 12 meses anterior a la Fecha de Vigencia de la cobertura. Los beneficios no serán pagaderos por ninguna Pérdida causada por una Condición de Salud Preexistente, a menos que la Pérdida ocurra más de 12 meses a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

- (6) **Renovación:** La póliza tiene renovación garantizada de por vida mediante el pago puntual de las primas, según la tarifa vigente al inicio de cada período, excepto que podemos anular o rescindir la póliza si ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o si ha efectuado una tergiversación intencional del hecho material relacionado en cualquier forma con la póliza, incluidas las reclamaciones por beneficios bajo la póliza. Las tarifas de las primas pueden cambiar sólo si se cambian en todas las pólizas del mismo número de formulario y clase vigentes en su estado.

- (7) **Pago de Reclamaciones:** Todos los beneficios serán pagaderos a usted, a menos de que usted o el funcionamiento de la ley lo asigne de otra manera. Cualquier beneficio acumulado que no se haya pagado en su muerte, se le pagará a su caudal hereditario. Si alguna indemnización de esta póliza puede ser pagadera al caudal hereditario del asegurado o a un asegurado, o beneficiario que sea menor de edad u otra manera que no sea competente para dar una versión válida, la compañía aseguradora podría pagar dicha indemnización, hasta una cantidad que no exceda los \$1000.00, a cualquier pariente de sangre o por conexión matrimonial con un asegurado o beneficiario, quien sea considerado por la compañía aseguradora a tener derecho equitativo por dicha indemnización. Cualquier pago realizado por la compañía aseguradora en buena fe conforme a esta disposición, deberá liberar a la compañía aseguradora de toda responsabilidad en toda la extensión de dicho pago. Si una persona cubierta bajo esta póliza califica para y recibe asistencia médica de parte del Departamento de Oklahoma de Servicios Humanos, los beneficios pagaderos bajo esta póliza se le pagarán a dicha agencia. La cantidad de los beneficios pagaderos al Departamento de Oklahoma de Servicios Humanos deberán ser los gastos médicos actuales 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 nombramiento de beneficios de parte del Departamento de Oklahoma de Servicios Humanos.

**GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.
ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA CONSTITUYE 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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): actividades utilizadas para medir sus niveles de capacidad de funcionamiento personal. Normalmente, estas actividades se realizan sin asistencia personal directa, permitiéndole su independencia personal en la vida diaria.

Las AVD son:

1. Bañarse: asearse por sí mismo con esponja o bañarse en una bañera o ducha, incluyendo la tarea de entrar o salir de la bañera o ducha;
2. Mantener la continencia: mantenimiento del control urinario e intestinal, incluyendo su habilidad para utilizar bolsas de ostomía u otros dispositivos tales como catéteres;
3. Transferirse: moverse de la cama y una silla o de la cama y una silla de ruedas;
4. Vestirse: ponerse y quitarse todos los artículos de vestir necesarios;
5. Uso del inodoro: ir y venir del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro y realizar todas las tareas asociadas con la higiene personal; y
6. Comer: realizar todas las tareas principales para ingerir los alimentos.

COMA: un estado continuo de profunda inconsciencia de una duración de siete o más días consecutivos y caracterizado por la ausencia de: (1) movimientos espontáneos del ojo, (2) respuesta a estímulos dolorosos, y (3) vocalización. La condición debe requerir intubación para la asistencia respiratoria. El término coma no incluye ningún coma inducido médicamente. El coma debe comenzar en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor para que los beneficios sean pagaderos.

ANGIOPLASTIA CORONARIA: es un procedimiento médico por medio del cual se utiliza un balón para abrir los vasos sanguíneos del corazón (arterias coronarias) estrechos o bloqueados. Este procedimiento se puede realizar con o sin *stents*.

CIRUGÍA PARA INJERTOS DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS

CORONARIAS (CABG): es una cirugía de corazón abierto para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias mediante injertos de derivación, pero excluyendo procedimientos tales como, pero no limitados a, angioplastia coronaria, cirugía para el reemplazo de válvulas, colocación de *stents*, alivio con láser u otros procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos.

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 bajo los términos de la póliza desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura individual o de asegurado nombrado/cónyuge solamente está en vigencia y usted desea cobertura ininterrumpida para un recién nacido, deberá notificarlo por escrito a Aflac dentro de los 31 días de la fecha de nacimiento del hijo/a. Al recibir la notificación, 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 de familia con uno de

los padres o de familia con ambos padres continuará incluyendo a todo hijo dependiente, sin importar la edad, quien es incapaz de mantener un empleo por sí mismo por razones de retraso mental o incapacidad 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. Un hijo dependiente (incluyendo a personas quienes son incapaces de mantener un empleo por sí mismo por razones de retraso mental o incapacidad física) debe ser menor de 26 años de edad al momento de completar la solicitud para calificar para la cobertura.

FECHA DE VIGENCIA: la(s) fecha(s) en que comienza la cobertura como se muestra en el Cuadro de la Póliza o cualquier endoso o cláusula adicional adjuntos. La fecha de vigencia **no es** la fecha en la cual usted firmó la solicitud de cobertura.

INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA FINAL: es una falla renal permanente e irreversible, no de naturaleza aguda.

ATAQUE AL CORAZÓN: es un infarto del miocardio. El ataque deberá ser diagnosticado positivamente por un médico y ser comprobado mediante resultados electrocardiográficos o resultados clínicos junto con los resultados de enzimas de la sangre. No se debe interpretar la definición de ataque al corazón como falla congestiva del corazón, enfermedad arteriosclerótica del corazón, angina, enfermedad arterial coronaria, paro cardíaco o cualquier otro mal funcionamiento del sistema cardiovascular. El ataque al corazón 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. Un paro cardíaco súbito no es un ataque al corazón.

HOSPITAL: una institución operada legalmente, autorizada por el estado en la cual está ubicada, la cual mantiene y utiliza un laboratorio, equipos de radiografías y una sala de operaciones dentro de sus instalaciones o en instalaciones disponibles en una base preacordada, escrita y contractual. La institución también debe contar con instalaciones permanentes y de tiempo completo para el cuidado de pacientes residentes nocturnos en cama, bajo la supervisión de uno o más médicos autorizados, proporcionar servicios de enfermería durante las 24 horas del día por o bajo la supervisión de un enfermero profesional autorizado y mantener en sus instalaciones los historiales escritos y los expedientes médicos de los pacientes. El término Hospital también incluye a los centros de cirugía ambulatoria. El término Hospital no incluye ninguna institución o parte de la misma utilizada como una sala de emergencia; una unidad de rehabilitación; una unidad para enfermos terminales, incluyendo cualquier cama denominada como una cama para enfermos terminales o una cama provisional (*swing bed*); una unidad de cuidado transitorio; un hogar de convalecencia; un centro de descanso o enfermería; una unidad psiquiátrica; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o un centro que principalmente provea cuidados tutelares o educativos, cuidado o tratamiento para personas que sufren enfermedades o trastornos mentales, cuidado para los ancianos o cuidado de personas adictas a las drogas o el alcohol.

HOSPITALIZACIÓN: la estancia de una persona cubierta hospitalizada en una cama de hospital por un período de 23 horas o más, por la cual se incurre un cargo por la habitación. La hospitalización debe ser recomendada por un médico y médicamente necesaria. El tratamiento o la hospitalización en un hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere el cobro de cargos para que los beneficios sean pagaderos.

PÉRDIDA: una incidencia específica de la salud o angioplastia coronaria que ocurra en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor.

TRASPLANTE DE ÓRGANO HUMANO PRINCIPAL: una cirugía en la cual una Persona Cubierta recibe, como resultado de un trasplante quirúrgico, uno o más de los siguientes órganos humanos: riñón, hígado, corazón, pulmón o páncreas. **Esto no incluye los trasplantes que envuelven órganos mecánicos o no humanos.**

PARÁLISIS: la pérdida completa y total del uso de dos o más extremidades (paraplejía, tetraplejía o hemiplejía) durante un período continuo de por lo menos 30 días, como resultado de una lesión en la médula espinal. La parálisis debe ser confirmada por el médico de cabecera. La lesión en la médula espinal que cause la parálisis 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.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: es un estado de deterioro mental severo en el cual sólo se encuentran presentes las funciones corporales involuntarias por un período continuo de por lo menos 30 días y para el cual no existe una expectativa razonable de recuperación significativa de la función cognoscitiva. El procedimiento para la declaración de un estado vegetativo persistente es el siguiente: dos médicos, uno de los cuales debe ser el médico de cabecera, quien, luego de examinar personalmente a la persona cubierta, deberá certificar por escrito, en base a las condiciones encontradas durante el curso de su examen, que:

1. La función cognoscitiva de la persona cubierta se ha deteriorado sustancialmente; y
2. No existe una expectativa razonable de que la persona cubierta vuelva a recuperar una función cognoscitiva significativa.

MÉDICO: una persona legalmente calificada para practicar medicina, además de usted o un miembro de su familia inmediata, autorizada como médico por el estado donde se recibe el tratamiento para tratar el tipo de condición para la cual se ha hecho una reclamación.

INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: ataque al corazón, derrame cerebral, insuficiencia renal en etapa final, trasplante de órgano humano principal, quemaduras de tercer grado, estado vegetativo persistente, coma, parálisis, cirugía para injertos de derivación de arterias coronarias (CABG) o paro cardíaco súbito.

DERRAME CEREBRAL: apoplejía debida a la rotura u oclusión aguda de una arteria cerebral. La apoplejía deberá causar la pérdida total o parcial de funciones que involucren la movilidad o sensibilidad en una parte del cuerpo y deberá prolongarse durante más de 24 horas. El derrame cerebral deberá ser diagnosticado en forma inequívoca por un médico, basándose en documentación que pruebe los déficits neurológicos y en estudios de imágenes neurológicas positivos. Derrame cerebral no significa lesión en la cabeza, ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés), insuficiencia cerebrovascular o infarto lacunar (LACI, por sus siglas en inglés).

PARO CARDÍACO SÚBITO: pérdida súbita e inesperada de la función cardíaca en la cual el corazón deja de funcionar repentinamente y sin advertencia como resultado de una falla del sistema eléctrico interno del corazón. Cualquier muerte en donde la única causa de fallecimiento indicada en el certificado de defunción sea un colapso cardiovascular, paro cardíaco súbito, paro cardíaco o muerte cardíaca súbita, debe ser considerada Paro Cardíaco Súbito para los fines de la póliza. Un Paro Cardíaco Súbito no es un Ataque al Corazón.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO: una zona de piel dañada en la cual se haya producido la destrucción de toda la epidermis y dermis subcutánea, y que cubra más del 10 por ciento de la superficie total del cuerpo. El daño deberá haber sido causado por calor, electricidad, radiación o productos químicos. Esto no incluye abrasiones de la piel causada por una caída y raspase la piel en asfalto, concreto o cualquier otra superficie.

The insurance policy being advertised may be available in Spanish. The English version of the policy is the official, controlling version. Any advertisements used by an insurer shall not be construed to modify or change the insurance policy.

La póliza del seguro a la que se le hace publicidad puede estar disponible en español. La póliza en inglés es la versión oficial y registrará. Ninguna publicidad utilizada por una compañía de seguros, se creará para modificar o cambiar la póliza del seguro.





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

