Seguro Colectivo de Accidente de Aflac

Una protección contra accidentes hecha para usted.

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL EMPLEADOR NO OBTIENE COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES AL COMPRAR ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO HA ELEGIDO OBTENER COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABJADORES, EL EMPLEADOR NO OBTIENE AQUELLOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES EN ESTE ESTADO. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN ESTE ESTADO EN LO QUE CORRESPONDE A LOS EMPLEADORES QUE ELIGEN NO MANTENER LA COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

AGD70TX GP-59481.PLAN-368859BESP 01/15/2026 1 EXP 05/27

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	MONTO DEL BENEFICIO
TRATAMIENTO INICIAL (uno vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente, no corresponde pagar por servicios de telemedicina) El tratamiento inicial debe recibirse bajo el cuidado de un médico.	
Sala de emergencias de un hospital con radiografías	$425
Sala de emergencias de un hospital sin radiografías	$300
Centro de cuidado de urgencia con radiografías	$425
Centro de cuidado de urgencia sin radiografías	$300
Consultorio del médico o centro (que no sea la sala de emergencia de un hospital o atención de urgencia) con radiografías	$425
Consultorio del médico o centro (que no sea la sala de emergencia de un hospital o atención de urgencia) sin radiografías	$300
AMBULANCIA (dentro de los 90 días posteriores al accidente)	
Por Tierra (Sin Límite Máximo por accidente)	$400
Aire (Sin Límite Máximo por accidente)	$1,200
PRUEBA PRINCIPAL DE DIAGNÓSTICO (1 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) CT/CAT scan (Tomografía Computarizada), MRI (Resonancia Magnética) o EEG (Electroencefalograma) Los exámenes deben realizarse en un hospital, un consultorio médico, un centro de diagnóstico por imágenes o un centro quirúrgico ambulatorio.	$400
OBSERVACIÓN EN SALA DE EMERGENCIA (dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado: • Recibe tratamiento en la sala de emergencias de un hospital, y • Queda en observación en un hospital sin ser ingresado como paciente hospitalizado.	$100 Cada período de 24 horas $50 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas
SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS (3 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)	$300
CONMOCIÓN CEREBRAL (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)	$300
COMA (una vez por accidente) Pagadero cuando un asegurado está en coma durante 30 días o más.	$7,500
TRABAJO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando se lesionan los dientes naturales.	$100 Extracción $300 Reparación con una corona
QUEMADURAS (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero de acuerdo con el porcentaje de la superficie corporal quemada. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.	
Quemaduras de Segundo Grado	
Menos del 10%	$100
Al menos 10% pero menos del 25%	$200
Al menos 25% pero menos del 35%	$500
35% o más	$1,000
Quemaduras de Tercer Grado	
Menos del 10%	$1,000
Al menos 10% pero menos del 25%	$5,000
Al menos 25% pero menos del 35%	$10,000
35% o más	$20,000

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	MONTO DEL BENEFICIO
LESIONES OCULARES Pagadero por las lesiones oculares si el médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.	$250
FRACTURAS (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Este beneficio no es pagadero debido a fracturas por estrés.	Reducción cerrada hasta: $5,750 Reducción abierta hasta: $11,500 Fractura con esquirla: 25% del monto por el hueso afectado Múltiples fracturas: máximo del 200% del monto más alto.
LUXACIONES (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) No pagaremos luxaciones recurrentes de la misma articulación.	Reducción cerrada hasta: $4,750 Reducción abierta hasta: $9,500 Luxación parcial: 25% del monto por la articulación afectada Múltiples luxaciones: máximo del 200% del monto más alto
LACERACIONES (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente) En caso de laceraciones múltiples, pagaremos un máximo del 200% por el beneficio pagadero más alto. Laceraciones que requieren puntos de satura (incluyendo el adhesivo líquido para la piel):	
Más de 15 centímetros	$600
5-15 centímetros	$200
Menos de 5 centímetros	$150
Laceraciones que no requieren puntos de sutura	$25
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA (por día / realizada en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	$400
CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA (por día/realizada en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia; máximo de dos procedimientos por accidente, dentro de un año del accidente) El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	$40
CIRUGÍA Y ANESTESIA PARA PACIENTE HOSPITALIZADO (por día / dentro de un año posterior al accidente) Si un procedimiento quirúrgico con hospitalización está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	$1,000
Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir, entre otros, reparación quirúrgica de: hernia de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotador, cartílago de la rodilla roto, puntos en la piel, reemplazo de articulación, lesiones internas que requieren cirugía de abdomen abierto o cirugía torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario debido a una lesión accidental	

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	MONTO DEL BENEFICIO
TRANSPORTE (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, 3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por el transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y necesita un tratamiento hospitalario o un estudio de diagnóstico recomendado por el médico que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.	$350 Avión $350 Cualquier trasporte terrestre
BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO Si la cobertura del cónyuge está vigente al momento del fallecimiento del empleado, el cónyuge superviviente puede elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuará de acuerdo al plan existente y además incluiría la cobertura de los hijos dependientes activos en ese momento.	

BENEFICIOS POR CUIDADOS POSTERIORES	MONTO DEL BENEFICIO
APARATOS (dentro de los 6 meses posteriores al accidente)	Bastón $100 Tobillera $100 Bota Ortopédica $100 Andador $100 Muletas $100 Refuerzo de Pierna $100 Collar Cervical $100 Silla de Ruedas $300 Caminador de Rodilla $300 Chaqueta Ortésica $300 Corsé para Espalda $300
TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POR ACCIDENTE (máximo de 6 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días del accidente) Los tratamientos de seguimiento no incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Los procedimientos quiroprácticos o de acupuntura tampoco se consideran tratamiento de seguimiento.	$125
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores del accidente)	$200
UNIDAD DE REHABILITACIÓN (máximo de 31 días por hospitalización, no más de 62 días en total por año calendario por cada asegurado) Para que este beneficio sea pagadero, el asegurado debe ser transferido al centro de rehabilitación para el tratamiento, posterior a una hospitalización como paciente interno. No pagaremos el beneficio de centro de rehabilitación por los mismos días que se paga el beneficio por hospitalización. Pagaremos el beneficio más alto que califique.	$125 por día
TERAPIA (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado es sometido a un tratamiento de terapia recetado por el médico en una de las siguientes categorías: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla por un terapeuta con licencia.	$100
QUIROPRAXIA O TERAPIA ALTERNATIVA (máximo de 6 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero si un asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropráctico.	$35

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

ADMISIÓN AL HOSPITAL (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, por tratamiento en sala de emergencia ni por tratamiento ambulatorio.	$2,500 por hospitalización
HOSPITALIZACIÓN* (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en un hospital como paciente interno debido a una lesión accidental cubierta. Este beneficio no es pagadero por la hospitalización en una unidad de observación o en un centro de rehabilitación.	$300 por día
CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL* (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital debido a una lesión accidental cubierta. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.	$300 por día
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIO* (máximo de 30 días por hospitalización por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día durante el que un asegurado permanezca hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos intermedio debido a una lesión accidental cubierta. Este beneficio se paga además del Beneficio por Hospitalización.	$125 por día
*Si los beneficios son pagaderos por hospitalización, unidad de cuidados intensivos y/o unidad de cuidados intensivos intermedios y el asegurado vuelve a ser internado dentro de 6 meses debido a la misma lesión accidental, se tratará como el mismo periodo de hospitalización.	
ALOJAMIENTO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, un máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada noche de alojamiento en un motel/hotel/lugar de alquiler para un miembro adulto de la familia inmediata del asegurado. Para que este beneficio sea pagadero: • El asegurado debe estar internado en un hospital para tratamiento de una lesión accidental cubierta; • El hospital y el motel/hotel deben estar a más de 100 millas de la residencia del asegurado; y • El tratamiento debe ser recetado por el médico que está atendiendo al asegurado.	$150 por día

BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA

PARÁLISIS (una por accidente, diagnosticada por un médico dentro de los seis meses posteriores al accidente) Pagadero si el asegurado sufre pérdida permanente del movimiento de dos o más extremidades durante más de 90 días.	Paraplejia $5,000 Cuadriplejia $10,000
PRÓTESIS (una vez por accidente, hasta 2 dispositivos protésicos y un reemplazo por dispositivo por asegurado) Este beneficio no es pagadero por audífonos, pelucas o dispositivos dentales (que incluyen dentaduras postizas), reparación o reemplazo de dispositivos protésicos* y/o reemplazos de articulaciones. *Pagaremos este beneficio nuevamente una vez para cubrir el reemplazo de una prótesis, por la cual ya se ha pagado un beneficio, siempre que el reemplazo tenga lugar dentro de los tres años posteriores al pago inicial del beneficio.	$1,000

BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA

MODIFICACIÓN DE RESIDENCIA/VEHÍCULO (una vez por accidente, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero una modificación estructural permanente de la residencia o el vehículo principal del asegurado, cuando el asegurado sufre una pérdida total y permanente o irreversible, debida a una lesión accidental cubierta: • La visión de un ojo; • El uso de una mano/brazo; o • El uso de un pie/pierna.	$1,600

CLÁUSULA ADICIONAL POR PRUEBA PREVENTIVA

BENEFICIO POR PRUEBA PREVENTIVA (Una vez por año calendario)

Pagadero por exámenes preventivos realizados como resultado de un cuidado provisorio, incluido pruebas y procedimientos de diagnósticos ordenados en conexión con los exámenes de rutina.

El monto a pagar está basado en el momento que el examen de prueba preventiva fue realizado:

Primer año del certificado	$60
Segundo, tercer, cuarto año del certificado	$60
Quinto año del certificado y en adelante	$60

BENEFICIO POR ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS

Pagaremos un porcentaje adicional al monto pagadero del beneficio bajo el Plan de Seguro Colectivo de Accidente de Aflac por lesiones accidentales cubiertas que ocurran mientras participa en una actividad atlética organizada.	25%

EXCLUSIONES

Las exclusiones del plan se aplican a todos los traslados, salvo que se indique lo contrario.
No pagaremos beneficios por lesión accidental, incapacidad o muerte a los que hayan contribuido, hayan sido causados o sean el resultado de*:

• Guerra – participar de forma voluntaria en una guerra, cualquier acto de guerra o conflicto militar, declarado o no declarado, o participar de forma voluntaria o prestar servicio en el ejército, en las fuerzas armadas o en una unidad auxiliar de estas, o contratado por cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada de todo período no cubierto por el certificado cuando un asegurado se encuentre prestando tal servicio). Guerra también incluye participar de manera voluntaria en una insurrección, motín, conmoción civil o estado civil de agresividad. La guerra no incluye actos de terrorismo.

• Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio, estando o no en control de las propias facultades mentales.

• Enfermedad – padecer alguna enfermedad mental o física o un proceso degenerativo. Tampoco pagaremos beneficios por:

- Reacciones alérgicas
- Cualquier infección o infestación bacterial, viral o por microorganismos o cualquier afección que resulte de picaduras o mordeduras de insectos, arácnidos u otros artrópodos.
- Un error, percance o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico por cualquier enfermedad
- Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimiento de diagnóstico para dicha enfermedad

• Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.

• Carreras – subirse o conducir algún vehículo motorizado en una carrera, escena acrobática o prueba de velocidad, en una competencia profesional o semiprofesional

• Empleo ilegal – participar, cometer o intentar cometer un delito grave o una acción o actividad ilegal de manera voluntaria, o trabajar o involucrarse en una ocupación o empleo ilegal de manera voluntaria.

• Deportes – participar en algún deporte organizado en carácter profesional o semiprofesional por un pago o ganancia.

• Cirugía Cosmética – someterse a una cirugía cosmética u otros procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios o a un tratamiento odontológico, excepto como resultado de un accidente cubierto.

Para la Cobertura de 24 horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones:

• Una lesión derivada de un empleo.

• Una lesión o enfermedad cubierta por indemnización por accidente laboral.

EXCLUSIONES DE LA CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS

El Beneficio por Actividades Atléticas Organizadas no es pagadero por lesiones accidentales que son causadas por o que ocurran debido a la participación del asegurado en cualquier deporte o actividad atlética por un sueldo, compensación o beneficio, incluyendo el arbitraje o el entrenamiento; o carreras de cualquier tipo de vehículo en un evento organizado. Este beneficio no es pagadero por lesiones accidentales que son causadas por o que ocurran debido a educación física.

DEFINICIONES

Un Accidente Cubierto es un accidente que ocurre en o después de la fecha de vigencia como asegurado, mientras la cobertura esté en vigor, y que no esté específicamente excluido en el plan.
El término Hospital excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de hospital, según se define en este plan, incluyendo, entre otros:

• Un hogar de ancianos,

• Un centro de atención prolongada,

• Un centro de enfermería especializada,

• Una casa de reposo o residencia de ancianos,

• Un centro de rehabilitación,
• Un centro de tratamiento para alcohólicos o drogadictos, o
• Un centro de vida asistida.

El término Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital específicamente excluye todo tipo de centro que no cumpla con la definición de unidad de cuidados intensivos del hospital de este plan, incluidas, entre otras, habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y las siguientes unidades inferiores:

• Una unidad de atención progresiva;
• Una unidad de cuidados intensivos de subagudos; o
• Una unidad de cuidados intermedios.

Una unidad de cuidados intensivos intermedia no es una unidad de cuidados intensivos en un hospital, conforme a la definición de este plan.

El Centro de Rehabilitación no es un centro para tratamiento de alcoholismo o adicción a drogas.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS

La Actividad Atlética Organizada significa una competición atlética o práctica organizada supervisada para una competencia atlética. Las Actividades Atléticas Organizadas suceden de manera frecuente y programada, a menudo durante una temporada predeterminada. La competencia debe regirse por un conjunto de reglas escritas y presidida por alguien que está autorizado para ejercer dicha capacidad. La competencia debe además ser supervisada por una entidad legal tal como el sistema de escuelas públicas o la conferencia de deportes. La entidad legal debe tener un conjunto de reglamento y la competencia debe tomar lugar en un campo de juego reglamentario. La participación debe ser a nivel de aficionados.

Usted Puede Continuar Su Cobertura

Su cobertura puede continuar con ciertas estipulaciones. Consulte el certificado para más detalles.

Terminación de la Cobertura

Su seguro puede que termine cuando termine el plan; a partir del día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; o la fecha en que usted ya no pertenezca a una clase de empleo elegible. Si su cobertura termina, proporcionaremos los beneficios para reclamaciones válidas que surgieron mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura reemplazará alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que puede resultar beneficioso para usted, mantener su póliza individual de renovación garantizada.

Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan solo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.

Si reside en New Mexico, usted puede no ser elegible para esta cobertura. Por favor, comuníquese con su empleador para más información.

aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC),un orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands.

El certificado al que pertenece este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece. Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato.

Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o contactando a nuestro Centro del Servicio al Cliente. Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones del Formulario de la Póliza Serie C70100TX.

AGD70TX GP-59481.PLAN-368859BESP 01/15/2026 9 EXP 05/27