

Seguro Colectivo de Enfermedad Grave

Puede contar con Aflac para ayudar a aliviar el impacto económico que pueden surgir en el transcurso de una enfermedad grave.



Esta no es una póliza de seguro de compensación para trabajadores. El empleador no se convierte en suscriptor del sistema de compensación para trabajadores al comprar esta póliza, y si el empleador no es suscriptor, el empleador pierde los beneficios que de otro modo se acumularían según las leyes de compensación para trabajadores. El empleador debe cumplir con la ley de compensación para trabajadores con respecto a los no suscriptores y las notificaciones requeridas que deben presentarse y publicarse.

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:		Porcentaje del Monto Nominal
CÁNCER (Interno o Invasivo)		100%
ATAQUE AL CORAZÓN (Infarto Miocardio)		100%
DERRAME CEREBRAL (Insuficiencia Renal en Etapa Final)		100%
INSUFICIENCIA RENAL (End-Stage Renal Failure)		100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)		100%
PARO CARDÍACO SÚBITO		100%
TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PRINCIPAL (El 25% de este beneficio es pagadero a los asegurados inscritos en una lista de trasplante de órganos principales)		100%
COMA		100%
PARÁLISIS		100%
PÉRDIDA DE LA VISTA		100%
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN		100%
PÉRDIDA DEL HABLA		100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO		100%
TYPE I DIABETES		100%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS		100%
CÁNCER NO INVASIVO		50%
CÁNCER METASTÁSICO		25%
DIABETES TIPO II		25%
BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL		
Pagaremos un beneficio global por diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta cuando dicho diagnóstico se deba a o se atribuya exclusivamente a atribuido a una enfermedad subyacente.		
BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO ADICIONAL		
Pagaremos un beneficio por cada enfermedad grave diferente a la primera.		
BENEFICIO DE RECURRENCIA		
Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave, después de la primera.		
BENEFICIO POR CÁNCER DE PIEL		
Pagaremos \$1,000 por el diagnóstico de cáncer de piel. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.		
BENEFICIO POR ACCIDENTE	Porcentaje del Monto Nominal	
Pagadero si un asegurado sufre un accidente cubierto y padece cualquiera de los siguientes hechos, que se deben exclusivamente al, son causados por y se atribuyen al accidente cubierto:		
Coma		100%
Pérdida de la Vista		100%
Pérdida del Habla		100%
Pérdida de la Visión		100%
Quemadura Grave		100%
Parálisis		100%

CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA

Si usted queda totalmente incapacitado debido a una enfermedad grave cubierta, antes de los 65 años, después de 90 días continuos de incapacidad, cederemos los pagos del derecho a sus primas para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos. Siempre que usted permanezca totalmente incapacitado, cederemos los pagos del derecho a las primas hasta por 24 meses, sujeto a los términos del plan.

BENEFICIO DEL SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura del cónyuge está vigente en el momento del fallecimiento del asegurado principal, el cónyuge sobreviviente puede elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el monto nominal existente del cónyuge y también incluiría cualquier cobertura vigente para cualquier hijo dependiente en ese momento. Lea el certificado para obtener más detalles.

COBERTURA PARA HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente está cubierto al 75 por ciento de la cantidad del beneficio del asegurado principal sin cargo adicional. No está disponible la cobertura Sólo para Hijos.

BENEFICIO PARA EXÁMENES DE DETECCIÓN (UNO POR AÑO CALENDARIO)

Pagadero por exámenes de detección que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté en vigencia. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario, por asegurado. Este beneficio es pagadero solo por exámenes de detección que se realicen como resultado de atención preventiva, incluso pruebas y procedimientos de diagnóstico ordenados en relación con los exámenes de rutina.

Empleado/Cónyuge: \$125
Hijo(a): \$125

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (TIA) / \$250 POR AÑO CALENDARIO

Pagadero cuando un asegurado es diagnosticado con un Ataque Isquémico Transitorio (TIA). Este beneficio es pagadero en adición a todos los demás beneficios correspondientes. Este beneficio es pagadero una vez por año calendario.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

Porcentaje del Monto Nominal

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ALS O ENFERMEDAD DE LOU GEHRIG)	100%
ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOSTENIDA	100%
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA	100%
ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA	100%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	100%
ENFERMEDAD DE CROHN	100%

Pagaremos el beneficio que se muestra al momento del diagnóstico de una de las enfermedades cubiertas si la fecha de diagnóstico ocurre mientras la cláusula adicional está en vigencia. El beneficio por Enfermedad Progresiva es pagadero solo una vez por enfermedad. Para cualquier Enfermedad Progresiva posterior a ser cubierta, la fecha del diagnóstico de la Enfermedad Progresiva posterior debe satisfacer el período de separación del Diagnóstico Adicional que se muestra en el folleto, si corresponde.

CLÁUSULA ADICIONAL POR INCIDENCIA CARDÍACA

Porcentaje del Monto Nominal

CIRUGÍAS ESPECÍFICAS DEL CORAZÓN

REEMPLAZO O REPARACIÓN DE LA VÁLVULA MITRAL	100%
---	------

CLÁUSULA ADICIONAL POR INCIDENCIA CARDÍACA	Porcentaje del Monto Nominal
REEMPLAZO O REPARACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA	100%
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	100%
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS CARDÍACOS INVASIVOS	
TRATAMIENTO DE TROMBECTOMÍA CON ANGIOJET	10%
ANGIOPLASTÍA CON BALÓN (O VALVULOPLASTÍA CON BALÓN)	10%
ANGIOPLASTIA LÁSER	10%
ATERECTOMÍA	10%
IMPLANTACIÓN DE STENT	10%
CATETERISMO CARDÍACO (CATETERIZACIÓN CARDIACA)	10%
DESFIBRILADOR CARDIOVERSOR IMPLANTABLE AUTOMÁTICO (O INTERNO) (AICD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	10%
COLOCACIÓN DE MARCAPASOS	10%

Los beneficios son pagaderos por las cirugías y los procedimientos específicos listados anteriormente, cuando son ocasionados por una enfermedad subyacente definida, el tratamiento es recomendado por un médico y no están excluidos por nombre o descripción específica. Los procedimientos deben ser realizados como resultado directo de uno de los siguientes: Síndrome Coronario Agudo, Arteriosclerosos, Enfermedad Arterial Coronaria, Cardiomiopatía o Enfermedad Cardíaca Valvular. Los beneficios son pagaderos una vez por año calendario, por asegurado. Si se realizan varios procedimientos a la vez, los beneficios serán pagaderos solamente al nivel de beneficio más alto y no excederán el porcentaje que se muestra más arriba.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	Porcentaje del Monto Nominal
BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA CATEGORÍA I	
HIPOFUNCIÓN SUPRARRENAL (ENFERMEDAD DE ADDISON), MENINGITIS CEREBROESPINAL, DIFTERIA, ENCEFALITIS, COREA DE HUNTINGTON, ENFERMEDAD DE LEGIONNAIRE, ENFERMEDAD DE LYME, MALARIA, DISTROFIA MUSCULAR, MIASTENIA GRAVE, FASCITIS NECROSANTE, OSTEOMIELITIS, POLIOMIELITIS (POLIO), RABIA, ANEMIA DREPANOCÍTICA, LUPUS SISTÉMICO, ESCLEROSIS SISTÉMICA (ESCLERODERMA), TÉTANO, TUBERCULOSIS	25%

Pagaremos los beneficios que se muestran si un asegurado es diagnosticado con una de las Enfermedades Específicas de Categoría I mencionadas y si la fecha de diagnóstico ocurre mientras la cláusula adicional está en vigencia. Para cualquier Enfermedad Específica de Categoría I subsecuente a ser cubierta, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica de Categoría I subsecuente debe cumplir con el período de separación del Diagnóstico Adicional que se muestra en el folleto, si corresponde.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	Porcentaje del Monto Nominal
BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA CATEGORÍA II	
GRIPE AVIAR (H5N1), ÉBOLA, CORONAVIRUS HUMANO, GRIPE, NEUMONÍA	<div>10% si está hospitalizado durante 4-9 días</div> <div>25% si está hospitalizado durante 10 o más días</div> <div>40% si está hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos</div>

Pagaremos el beneficio indicado si un asegurado es diagnosticado con una de las Enfermedades Específicas listadas de la Categoría II y dicho diagnóstico resulta ya sea en un período de hospitalización u hospitalización en una unidad de cuidados intensivos en un hospital como resultado directo de la Enfermedad Específica de la Categoría II. Además, dicha cláusula debe estar vigente en la fecha del diagnóstico. Además, el asegurado debe estar recibiendo tratamiento por la Enfermedad Específica de la Categoría II por el número mínimo de días indicado. Solo el monto de beneficio más alto que califique será pagadero bajo estos beneficios. En el caso de que anteriormente se haya pagado bajo estos beneficios, un monto de beneficio menor por cualquier período de hospitalización y que la hospitalización se prolongue o el asegurado sea transferido a una unidad de cuidados intensivos causando un pago más alto, se pagará la diferencia entre el monto de beneficio pagado anteriormente y el nuevo monto de beneficio. Para que cualquier Enfermedad Específica Categoría II subsecuente sea cubierta, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica Categoría I subsecuente debe cumplir con el periodo de separación del Diagnóstico Adicional como se muestra en el folleto, si corresponde.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONDICIONES DE SALUD DE LA INFANCIA	Porcentaje del Monto Nominal
FIBROSIS QUÍSTICA	50%
PARÁLISIS CEREBRAL	50%
LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO	50%
SÍNDROME DE DOWN	50%
ENFERMEDAD POR DEFICIENCIA DE FENILALANINA HIDROXILASA (FENILCETONURIA, PKU)	50%
ESPINA BÍFIDA	50%
	Monto del Beneficio Único
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	\$3,000

Los beneficios son pagaderos si a un hijo dependiente se le diagnostica una de las condiciones de salud listadas y la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está vigente. Para que cualquier Condición de Salud de la Infancia subsiguiente sea cubierta, la fecha del diagnóstico de la Condición de Salud de la Infancia subsiguiente debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional como se muestra en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS
Durante los primeros 10 años de cobertura, la Cláusula Adicional de Beneficio con Incrementos Progresivos, aumenta anualmente los beneficios por Enfermedad Grave pagaderos en un 5% del monto nominal inicial para los asegurados. Este aumento es automático y no requiere ninguna prueba médica de asegurabilidad, y las primas no aumentan cada año a medida que aumenta el beneficio.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONESS

Los porcentajes de beneficios serán pagaderos basado en el monto nominal en efecto en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

Las cláusulas adicionales serán efectivas cuando la cláusula adicional sea emitida. Si es emitida luego del certificado, la cláusula adicional tendrá una fecha de vigencia posterior.

Todas las limitaciones y exclusiones que aplican al plan de enfermedad grave también aplican a todas las cláusulas adicionales, si corresponde, a menos que sean modificadas por las cláusulas adicionales.

PRIMAS POR EDAD CUMPLIDA

Si su plan incluye tarifas por edad cumplida, eso significa que su plan está dividido por grupos de edad y sus tarifas pueden aumentar en la fecha de aniversario de la póliza.

EXCLUSIONES

No pagaremos las pérdidas debidas a cualquiera de los siguientes:

- Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o actuar de modo tal que pueda causarse una autolesión;
- Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente;
- Actos Ilegales – participar o intentar participar en una actividad ilegal, o trabajar en un empleo ilegal;
- Participar en un conflicto agresivo de cualquier índole, incluso:
 - Guerra (declarada o no declarada) o conflictos militares;
 - Insurrección o motín
 - Conmoción civil o estado civil de agresividad;
- Abuso de sustancias ilegales las cuales incluyen las siguientes:
 - Abuso de medicamentos recetados legalmente
 - Uso ilegal de medicamentos sin receta;
- Una enfermedad grave diagnosticada por un miembro de la familia.

El diagnóstico y tratamiento deben ser en los Estados Unidos o en sus territorios.

Todos los beneficios del plan, incluidos los beneficios por diagnóstico, tratamiento, hospitalización y pruebas cubiertas, se pagan únicamente mientras la cobertura está vigente.

TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

El Tumor Benigno Cerebral debe ser causado por una Neoplasia Endocrina Múltiple, una Neurofibromatosis o el Síndrome de Von Hippel-Lindau.

El beneficio de Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) no es pagadero si el trasplante es resultado de una enfermedad grave cubierta para la que se ha pagado un beneficio bajo este plan.

No se consideran cánceres internos o invasivos los siguientes:

- Tumores premalignos o pólipos
- Carcinomas in Situ
- Cualquier cáncer de piel superficial y no invasivo, incluido el carcinoma de células basales y el carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in Situ
- Melanoma que es diagnosticado como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A según la clasificación TNM
- Cáncer Metastásico

Un Cáncer No Invasivo es:

- Carcinoma in Situ Interno
- Síndrome Mielodisplásico - RA (anemia refractaria)
- Síndrome Mielodisplásico - RARS (anemia refractaria con sideroblastos anillados)
- Trastornos Mieloproliferativos de la Sangre

Condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno, además de las que se nombran específicamente más arriba, no se consideran cáncer no invasivo.

Los cánceres de piel no son pagaderos bajo el Beneficio por Cáncer (interno o invasivo) o el Beneficio por Cáncer No

Invasivo. Los siguientes se consideran cánceres de piel:

- Carcinoma de células basales
- Carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in Situ
- Melanoma que es diagnosticado como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A según la clasificación TNM

Coma significa un estado continuo de inconsciencia profunda, que dura al menos siete días consecutivos y se caracteriza por la ausencia de:

- Movimientos oculares espontáneos,
- Respuesta a estímulos dolorosos, y
- Vocalización.

Coma no incluye el coma inducido médicamente. Para que se considere una enfermedad grave, el coma debe ser causado únicamente por o atribuirse exclusivamente a una de las siguientes enfermedades:

- Aneurisma Cerebral
- Diabetes
- Encefalitis
- Epilepsia
- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Meningitis

Enfermedad Grave es una afección o una dolencia según se defina en el plan que se manifiesta por primera vez mientras su cobertura está vigente.

Fecha de Diagnóstico se define como:

- Tumor Cerebral Benigno: La fecha en que un médico determina la presencia de un tumor cerebral benigno según el examen del tejido (biopsia o escisión quirúrgica) o un examen neuro-radiológico específico.
- Cáncer: El día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre, o título(s) (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).
- Cáncer no Invasivo: El día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre, o título(s) (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).
- Cáncer de Piel: La fecha en que se toman las muestras de biopsia de piel para examinar con microscopio.
- Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre): La fecha en que se realiza la cirugía.
- Coma: El primer día del periodo para el cual un médico confirma un coma que surge de una enfermedad subyacente y que ha durado por al menos siete días consecutivos.
- Cirugía de Derivación Arterial Coronaria / Bypass Coronario: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio): La fecha en que ocurre el infarto (muerte) de una porción del músculo cardíaco. Esto se basa en el criterio incluido en la definición de ataque cardíaco (infarto de miocardio)
- Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Terminal): La fecha en que un médico recomienda que el asegurado comience con diálisis renal.
- Pérdida de la Audición: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico como total e irreversible.
- Pérdida de la Vista: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico como total e irreversible.
- Pérdida del Habla: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico como total e irreversible.
- Trasplante de Órgano Principal: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Cáncer Metastásico: La fecha en que un médico determina que el cáncer se ha propagado del lugar original a otras partes del cuerpo.
- Parálisis: La fecha en que un médico diagnostica al asegurado con parálisis ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, tal como se especifica en este plan, donde dicho diagnóstico se basa en los resultados clínicos y/o de laboratorio, respaldados por el historial médicos del asegurado.
- Quemadura Grave: La fecha en que ocurre la quemadura.
- Derrame Cerebral: La fecha en que ocurre el accidente cerebrovascular (en base al déficit neurológico documentado y estudios de neuroimagen).
- Paro Cardíaco Súbito: La fecha en que falla la acción

de bombeo del corazón (en base a la definición de paro cardíaco súbito).

- Diabetes de Tipo I: La fecha en que el médico diagnostica al asegurado con diabetes de tipo I basado en los resultados clínicos y/o de laboratorio, respaldados por los historiales médicos.
- Diabetes de Tipo II: La fecha en que el médico diagnostica al asegurado con diabetes de tipo I basado en los resultados clínicos y/o de laboratorio, respaldados por los historiales médicos.
- Ataque Isquémico Transitorio (TIA): La fecha en que ocurre el Ataque Isquémico Transitorio (basado en exámenes de diagnóstico documentado, así como un CT scan o un MRI del cerebro, una ecografía Doppler o un ecocardiograma del corazón).

Cónyuge es su esposa o esposo legal, incluso un Cónyuge del mismo sexo legalmente reconocido, o una persona de cualquiera de los dos sexos que esté registrada como una pareja de hecho y legalmente reconocida, unión civil, relación con un beneficiario recíproco o relación similar con usted, que aparezca en su solicitud. La definición puede variar según el estado. Lea su certificado detenidamente para obtener más detalles.

Hijos Dependientes son sus hijos naturales o los de su cónyuge, hijastros, nietos quienes son sus dependientes para propósitos de impuestos federales al momento que se realiza la solicitud de la cobertura del nieto, hijos acogidos, hijos sujetos a tutela legal, hijos legalmente adoptados, hijos por los cuales se le requiere proporcionar ayuda médica o

Hijos Puestos en Adopción, que sean menores de 26 años de edad. Sin embargo, continuaremos la cobertura para el Hijo Dependiente asegurado bajo el Plan después de la edad de 26 si son incapaces de mantener un empleo por sí mismos debido a una incapacidad mental o física, y son completamente dependientes de un padre para soporte y manutención. Usted y su Cónyuge deben proveer prueba de la incapacidad y dependencia a la Compañía dentro de los 31 días después de que el hijo dependiente cumpla los 26 años de edad.

El empleado es una persona quien cumple con los

requerimientos de elegibilidad y quien está cubierto para el plan. El empleado es el asegurado principal bajo el plan.

Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) no incluye:

- Cualquier otra enfermedad o lesión que se relacione con el sistema cardiovascular.
- Paro Cardíaco no causado por un Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio).

El diagnóstico de un Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) debe incluir lo siguiente:

- Resultados electrocardiográficos (ECG) nuevos y seriales coherentes con un ataque cardíaco (infarto de miocardio), y
- Elevación de las enzimas cardíacas por encima de los niveles de laboratorio generalmente aceptados como normales. (En el caso de creatina fosfocinasa [CPK], debe utilizarse una medición CPK-MB). También podrán utilizarse estudios por imágenes confirmatorios, tales como escáner con talio, escaneo MUGA o ecocardiogramas de esfuerzo.

La Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Terminal) solo está cubierta bajo las siguientes condiciones:

- El médico aconseja que es necesario llevar a cabo un tratamiento de diálisis renal regular, hemodiálisis o diálisis peritoneal (al menos una vez por semana) para tratar la insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal); o
- La insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal) resulta en trasplante de riñón.

Pérdida de la Audición significa la pérdida total e irreversible de la audición en ambos oídos. La pérdida de la audición no incluye la pérdida de la audición que se puede corregir con el uso de un audífono o dispositivo para complementar. Para que se considere como enfermedad grave, la pérdida de la audición debe ser causada únicamente por o atribuida únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Síndrome de Alport
- Enfermedad autoinmune del oído interno
- Varicela
- Diabetes
- Síndrome de Goldenhar
- Enfermedad de Meniere
- Meningitis
- Paperas

Pérdida de Visión significa la pérdida total e irreversible de toda la vista en ambos ojos. Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida de visión debe ser causada únicamente por o atribuida únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de la retina
- Enfermedad del nervio óptico
- Hipoxia

Pérdida del Habla significa la pérdida total y permanente de la capacidad de hablar. Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida del habla debe ser causada únicamente por o atribuible únicamente a una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de Alzheimer
- Malformación arteriovenosa

El propósito de la Farmacoterapia de Mantenimiento es disminuir el riesgo de recurrencia del cáncer; su objetivo no es tratar el cáncer aún presente.

Un beneficio por Trasplante de Órgano Principal no es pagadero si el trasplante de órgano principal surge como resultado de una enfermedad grave cubierta para la cual un beneficio ha sido pagado.

Parálisis o Paralizado significa la pérdida permanente, total e irreversible de la función muscular de todos o al menos dos miembros. Para ser considerada una enfermedad grave, la parálisis debe ser causada únicamente por o atribuida únicamente a una o más de las siguientes enfermedades:

- Esclerosis lateral amiotrófica
- Parálisis cerebral
- Enfermedad de Parkinson,
- Poliomielitis

El diagnóstico de parálisis debe contar con el respaldo de evidencia neurológica.

Quemadura Grave o Quemado Gravemente se refiere a una quemadura resultante de fuego, calor, sustancia cáustica, electricidad o radiación. La quemadura debe:

- Ser una quemadura profunda o de tercer grado, según como lo determine un médico. Una Quemadura Profunda o una Quemadura de Tercer Grado implica la destrucción

de la piel a través de todo el espesor o profundidad de la dermis (o posiblemente los tejidos subyacentes). Esto resulta en la pérdida de fluido y en ocasiones, en conmoción.

- Causar desfiguración cosmética a la superficie del cuerpo de al menos 35 pulgadas cuadradas.
- Ser causada o provocada únicamente por un accidente cubierto.

El derrame cerebral no incluye:

- Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT)
- Lesión en la cabeza
- Insuficiencia cerebrovascular crónica
- Déficit neurológico isquémico reversible, a menos que la imagen neurológica muestre daño en el tejido cerebral

El Paro Cardíaco Súbito no es un ataque cardíaco (infarto de miocardio). El beneficio por Paro Cardíaco Súbito no es pagadero si dicho paro es causado por o en función de un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

El tratamiento no incluye farmacoterapia de mantenimiento ni visitas de seguimiento rutinarias para verificar la recurrencia del cáncer o del carcinoma in situ.

Diabetes de Tipo I no incluye diabetes gestacional y prediabetes.

Diabetes de Tipo II no incluye diabetes gestacional y prediabetes.

Ataque Isquémico Transitorio (AIT) ocurre cuando la sangre que fluye a una parte del cerebro se bloquea o reduce temporalmente. Para que un beneficio sea pagadero, el AIT debe estar causado por una o varias de las siguientes enfermedades:

- Arteriosclerosis avanzada
- Arteriosclerosis de las arterias del cuello o del cerebro
- Embolia vascular
- Hipertensión
- Hipertensión maligna
- Aneurisma cerebral
- Malformación arteriovenosa

El AIT debe ser diagnosticado positivamente por un médico sobre la base de déficits neurológicos documentados y

estudios de neuroimagen confirmatorios.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

Fecha del diagnóstico se define para cada enfermedad grave específica de la siguiente manera:

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA o Enfermedad de Lou Gehrig): La fecha en que un médico diagnostica al Asegurado con ELA y cuando dicho diagnóstico está respaldado por un historial médico.
 - Esclerosis Múltiple Sostenida: La fecha en que un médico diagnostica al Asegurado con Esclerosis Múltiple y cuando dicho diagnóstico está respaldado por un historial médico.
 - Enfermedad de Alzheimer Avanzada: La fecha en que un médico declara al asegurado incapacitado, debido a la enfermedad de Alzheimer.
 - Enfermedad de Parkinson Avanzada: La fecha en que un médico certificado declara al asegurado incapacitado, debido a la enfermedad de Parkinson.
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): La fecha en la que un médico diagnostica a un asegurado con EPOC basándose en hallazgos clínicos y/o de laboratorio, respaldados por el historial médico.
 - Enfermedad de Crohn: la fecha en la que un médico diagnostica a un asegurado la enfermedad de Crohn basándose en hallazgos clínicos y/o de laboratorio, respaldados por el historial médico.
- tiene Hipofunción Suprarrenal y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Meningitis Cerebroespinal: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Meningitis Cerebroespinal y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Difteria: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Difteria basándose en hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por registros médicos.
 - Encefalitis: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Encefalitis y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Enfermedad de Huntington: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Enfermedad de Huntington basándose en hallazgos clínicos respaldados por registros médicos.
 - Enfermedad de Legionnaire: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene la enfermedad de legionario al encontrar la bacteria Legionella en una muestra clínica tomada del asegurado
 - Enfermedad de Lyme: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene la Enfermedad de Lyme y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Malaria: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Malaria y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Distrofia muscular: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene distrofia muscular y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Miastenia Grave: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Miastenia Grave y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Fascitis Necrotizante: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Fascitis Necrotizante y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Osteomielitis: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Osteomielitis y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
 - Poliomieltitis: La fecha en que un médico diagnostica que

CLÁUSULA ADICIONAL POR INCIDENCIA CARDÍACA

Pagaremos beneficios cuando los procedimientos cardíacos cubiertos se realicen como resultado directo de uno de los siguientes: síndrome coronario agudo, arteriosclerosis, enfermedad arterial coronaria, cardiomiopatía o valvulopatía.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

La fecha del diagnóstico se define por cada enfermedad específica de la siguiente manera:

- Hipofunción Suprarrenal (Enfermedad de Addison): La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado

un asegurado tiene Poliomielitis y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.

- Rabia: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Rabia y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Anemia Drepanocítica: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Anemia Drepanocítica y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Lupus Sistémico: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Lupus Sistémico y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Esclerosis Sistémica (Esclerodermia): La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Esclerosis Sistémica y donde dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Tétano: La fecha en que un médico que un asegurado tiene Tétano al encontrar la bacteria Clostridium tetani en una muestra clínica tomada del asegurado.
- Tuberculosis: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Tuberculosis al encontrar la bacteria Mycobacterium tuberculosis en una muestra clínica tomada del asegurado.
- Gripe aviar/H5N1: La fecha en la que un médico diagnostica que un asegurado tiene Gripe Aviar/H5N1 basándose en los resultados clínicos y/o de laboratorio que constan en los historiales médicos.
- Ébola: la fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Ébola basándose en los resultados clínicos y/o de laboratorio que constan en los historiales médicos.
- Coronavirus Humano: La fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Coronavirus Humano basado en hallazgos por laboratorio respaldado por una examen viral o prueba de sangre.
- Influenza: La fecha en la que un médico diagnostica que un asegurado padece Influenza basándose en los resultados clínicos y/o de laboratorio que constan en los historiales médicos.
- Neumonía: La fecha en la que un médico diagnostica a un asegurado que padece Neumonía basándose en los resultados clínicos y/o de laboratorio que constan en los

historiales médicos

Hipofunción Suprarrenal no incluye insuficiencia adrenal secundaria y terciaria.

El término Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital excluye específicamente cualquier tipo de instalación que no satisfaga la definición de unidad de cuidados intensivos en un hospital de este plan, incluido, pero no limitado a las habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y unidades intermedias:

- Una unidad de cuidados progresivos,
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos; o
- Una unidad de cuidados intermedios.

El término Hospital excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de hospital, según se define en este plan, incluyendo, entre otros, pero no limitados a:

- Un hogar de ancianos,
- Un centro de atención prolongada,
- Un centro de enfermería especializada,
- Una clínica de reposo, un asilo o residencia de ancianos,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro de tratamiento para alcohólicos o drogadictos, o
- Un centro de vida asistida.

Coronavirus Humano no incluye los siguientes tipos de Coronavirus Humano: 229E, NL63, OC43 y HKU1.

La neumonía no incluye la neumonía causada por traumatismos como, pero no limitada a, la inhalación de agua, humo o productos químicos, ni las lesiones torácicas o torácicas traumáticas.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONDICIONES DE SALUD DE LA INFANCIA

La Fecha del diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Fibrosis Quística: La fecha en que el médico diagnostica Fibrosis Quística al hijo dependiente y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Parálisis Cerebral: La fecha en que el médico diagnostica Parálisis Cerebral al hijo dependiente y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.

- Labio Leporino o Paladar Hendido: La fecha en que el médico diagnostica Labio Leporino o Paladar Hendido al hijo dependiente y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Síndrome de Down: La fecha en que el médico diagnostica Síndrome de Down al hijo dependiente y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanin Hidroxilasa (PKU): La fecha en que el médico diagnostica Deficiencia Fenilcetonuria al hijo dependiente y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Espina Bífida: La fecha en que el médico diagnostica Espina Bífida al hijo dependiente y donde diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Trastorno del Espectro Autista: La fecha en que el médico diagnostica al hijo dependiente con Trastorno del Espectro Autista y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.

Si un hijo dependiente tiene Labio Leporino y Paladar Hendido o tiene uno en cada lado de la cara, pagaremos este beneficio una sola vez.

El Médico debe diagnosticar La Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanin Hidroxilasa (PKU) basándose en la prueba PKU.

Un médico debe diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista basado en el criterio de diagnóstico estipulado en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) al momento de que ocurre la pérdida. El Diagnóstico debe incluir el especificador de nivel de gravedad DSM para ambos dominios principales listados arriba.

Un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista debe incluir más de un especificador de nivel de gravedad DSM. No hay beneficios pagaderos si el especificador de nivel de gravedad DSM es menor del Nivel 1.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro puede terminar 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 deje de pertenecer a una clase 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 sustituye a cualquier póliza individual existente, tenga en cuenta que puede ser conveniente 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 tiene como fin sustituir, ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.

Si reside en New Mexico, puede que no sea 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.

Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

El certificado al que pertenece este material de venta puede estar 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 de la Póliza Serie C22100TX.