

Aflac

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.



GUEST
SERVICES

Legendary Hospitality Since 1917

Aflac®

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:	Porcentaje del Monto Nominal
CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE CARDÍACO (Infarto de Miocardio)	100%
DERRAME CEREBRAL (Isquémico o Hemorrágico)	100%
INSUFICIENCIA RENAL (Insuficiencia Renal en Etapa Final)	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)	100%
PARO CARDÍACO SÚBITO	100%
TRASPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL (25% de este beneficio es pagadero para los asegurados colocados en una lista para trasplantes de órgano principal)	100%
COMA	100%
PARÁLISIS	100%
PÉRDIDA DE LA VISTA	100%
PÉRDIDA DEL OÍDO	100%
PÉRDIDA DEL HABLA	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS	25%
CÁNCER NO INVASIVO	25%
CÁNCER METASTÁSICO	25%

BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio de suma global al momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta, cuando dicho diagnóstico fuera ocasionado por o atribuido únicamente a una enfermedad subyacente.

BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave que sea diferente a la primera, cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos 6 meses consecutivos.

BENEFICIO POR RECURRENCIA

Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave después de la primera, cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos 6 meses consecutivos.

BENEFICIO PARA CÁNCER DE PIEL

Pagaremos \$250 por el diagnóstico de cáncer de piel. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

BENEFICIO POR ACCIDENTE

Pagadero si un asegurado sufre un accidente cubierto y sufre cualquiera de lo siguiente, lo cual sea solamente debido a, causado por, y atribuido al accidente cubierto: Coma / Pérdida de la Vista / Pérdida del Habla / Pérdida de la Audición / Quemadura Severa / Parálisis

100% del Monto Nominal

CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA

Si usted quedara totalmente incapacitado debido a una enfermedad grave cubierta antes de los 65 años, después de 90 días continuos de incapacidad total, cederemos el pago de las primas para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos. Siempre y cuando permanezca totalmente incapacitado, las primas se cederán hasta 24 meses, sujeto a los términos del plan.

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

BENEFICIO DE ASEGURADO SUCESOR

Si la cobertura de su cónyuge está vigente al momento del fallecimiento del asegurado principal, el cónyuge sobreviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el valor nominal existente del cónyuge y además incluiría cualquier cobertura para hijo dependiente vigente en dicho momento. Lea el certificado para obtener más detalles.

COBERTURA PARA HIJO SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente está cubierto a un 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal sin costo adicional. La cobertura de hijo solamente no está disponible.

BENEFICIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA / \$50 POR AÑO CALENDARIO

Pagadero por evaluaciones médicas preventivas que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté vigente. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario, por asegurado. Este beneficio es solo pagadero por evaluaciones médicas preventivas que se realicen como resultado del cuidado preventivo, lo que incluye procedimiento de pruebas y diagnósticos prescritos en relación con exámenes de rutina.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

	Porcentaje del Monto Nominal
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA O ENFERMEDAD LOU GEHRIG)	100%
ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOSTENIDA	100%
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA	50%
ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA	100%

Pagaremos el beneficio indicado al momento del diagnóstico de una de las enfermedades cubiertas si dicha cláusula adicional está vigente a la fecha del diagnóstico

El beneficio de Enfermedad Progresiva es pagadero una vez por enfermedad.

Para que sea cubierta cualquier Enfermedad Progresiva Subsecuente, la fecha de diagnóstico debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECIFICA CATEGORÍA II

	Porcentaje del Monto Nominal
GRIPE AVIAR/H5N1, ÉBOLA, CORONAVIRUS HUMANO, INFLUENZA, NEUMONÍA	10% si es hospitalizado de 4-9 días 25% si es hospitalizado de 10 o más días 40% si es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos

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 para el número mínimo de días indicado.

Solo el monto más alto que califique será pagadero bajo estos beneficios. En el caso de que el monto de beneficio haya sido pagado anteriormente bajo estos beneficios 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 sea cubierta cualquier Enfermedad Específica de la Categoría II Subsecuente, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica de la Categoría II Subsecuente debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE AFECCIONES INFANTILES	Porcentaje del Monto Nominal
FIBROSIS QUÍSTICA	25%
PARÁLISIS CEREBRAL	25%
LABIO LEPORINO O FISURA DEL PALADAR	25%
SÍNDROME DE DOWN	25%
ENFERMEDAD DE DEFICIENCIA FENILCETONURIA (PKU)	25%
ESPINA BÍFIDA	25%
	Monto del Beneficio Único
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	\$3,000

Los beneficios son pagaderos si al hijo dependiente se le diagnostica una de las condiciones de salud listadas y la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional esté vigente.

Para que sea cubierta cualquier Afección Infantil subsecuente, la fecha de diagnóstico de la Afección Infantil subsecuente debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Los porcentajes del beneficio serán pagados en base al monto nominal en vigor en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

Las cláusulas adicionales estarán en vigencia cuando se emite la cláusula adicional. Si se emite después 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 corresponden, a menos que se modifiquen para las cláusulas adicionales.

EXCLUSIONES

No pagaremos por pérdida debido a cualquiera de lo siguiente:

- Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o tomar acción que cause que uno mismo se lesiones;
- 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;
- Participación en un conflicto violento de cualquier tipo, incluyendo:
 - Guerra (declarada o no declarada) o conflictos militares;
 - Insurrección o disturbio
 - Tumulto civil o estado civil de beligerancia
- Abuso de Sustancias Ilegales las cuales incluyen lo siguiente:
 - Abuso de medicamentos obtenidos legalmente, mediante receta médica
 - Uso ilegal de medicamentos no recetados
- Un error, percance o negligencia durante el tratamiento o procedimiento médico, diagnóstico o quirúrgico.

El diagnóstico debe realizarse y el tratamiento debe recibirse en los Estados Unidos o en sus territorios.

Todos los beneficios del plan, incluidos los beneficios de diagnóstico, tratamiento, hospitalización y pruebas cubiertas, son pagaderos solo mientras la cobertura esté vigente.

PRIMAS PARA GRUPOS DE EDAD

Si su plan incluye tarifas para grupos de edad, eso significa

que su plan tiene grupos de edad y puede que aumentará en la fecha de aniversario de la póliza.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

El Tumor Cerebral Benigno debió ser causado por Neoplasia Endocrina Múltiple, Neurofibromatosis o Síndrome Von Hippel-Lindau.

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

Los siguientes no son considerados cánceres internos o invasivos:

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

Un Cáncer no Invasivo es:

- Carcinoma Interno in Situ
- Síndrome Mielodisplásico - RA (anemia refractaria)
- Síndrome Mielodisplásico - RARS (anemia refractaria con sideroblastos)
- Trastorno Sanguíneo Mieloproliferativo

Condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno que no se hayan nombrado específicamente arriba, no se consideran cáncer no invasivo

Los cánceres de la 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 la piel:

- Carcinoma de células basales
- Carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in Situ
- Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77mm, o
 - Melanomas de Etapa 1A en Etapa TNM

El coma significa un estado de inconsciencia continua y

profunda, que dura al menos siete días consecutivos, y se caracteriza por la ausencia de:

- Movimientos espontáneos de los ojos,
- Respuesta a estímulos dolorosos, y
- Vocalización.

El coma no incluye el coma inducido médicamente. Para ser considerado una enfermedad grave, el coma debe ser causado únicamente por o atribuido únicamente a una de las siguientes enfermedades:

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

Una Enfermedad Grave es una enfermedad o afección tal como se definen en el plan que se manifiesta por primera vez mientras la cobertura está vigente.

La Fecha del Diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Tumor Cerebral Benigno: La fecha en que un médico determina la existencia de un tumor cerebral benigno basándose en el análisis de tejido (biopsia o extirpación quirúrgica) o mediante una prueba neurorradiológica específica.
- 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 período en que un médico confirma un coma ocasionado por una de las enfermedades subyacentes y que hubiera perdurado durante al menos siete días consecutivos.
- Cirugía de Derivación de Arterias Coronarias: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio): La fecha en

que tiene lugar 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 Final): 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 médico del asegurado.
- Quemadura Grave: La fecha en que ocurre la quemadura.
- Derrame Cerebral: La fecha en que ocurre el derrame cerebral (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).

Cónyuge es su esposo o esposa legal, que está listada en su solicitud. Pareja de Hecho es un adulto del mismo sexo o sexo opuesto soltero que reside con usted y se ha registrado en un registro de pareja de hecho local en un estado y está listado en su solicitud. Lea su certificado detenidamente para obtener más detalles.

Los hijos dependientes son los hijos naturales, hijastros, nietos, suyos o de su cónyuge o de su pareja de hecho, por quienes tiene custodia legal y viven con usted, niños acogidos

, niños sujetos a tutela legal, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción, quienes sean menores de 26 años de edad. Lea su certificado detenidamente para obtener más detalles.

Médico no lo incluye a usted ni a ningún miembro de su familia. Para los fines de esta definición, miembro de la familia incluye a su cónyuge, así como también a los siguientes miembros de su familia inmediata:

- Hijo
- Hija
- Madre
- Padre
- Hermana
- Hermano

Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y miembros de la familia política.

Empleado es una persona que reúne los requisitos de elegibilidad y está cubierto bajo el plan. El empleado es el asegurado principal bajo el plan.

Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) no incluye:

- Ninguna otra enfermedad o lesión que involucre el sistema cardiovascular.
- Paro Cardíaco que no ocurra a causa de 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 fosfoquinasa [CPK], debe utilizarse una medición CPK-MB). También podrán utilizarse estudios por imágenes confirmatorios, tales como escáner con talio, escáneres MUGA o ecocardiogramas de esfuerzo.

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

- Un 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 final); o

- La insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa final) 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 dispositivo o complemento de la audición. Para ser considerada una 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 la Vista significa la pérdida total e irreversible de toda la vista en ambos ojos. Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida de la vista 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 Cerebrovasculares 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

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 o se ve contribuido por un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

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

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

La 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 el médico diagnostica

al asegurado con ELA y donde dicho Diagnóstico es respaldado por un historial médico.

- Esclerosis Múltiple Sostenida: La fecha en que el médico diagnostica al Asegurado con Esclerosis Múltiple y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Enfermedad de Alzheimer Avanzada: La fecha en que un médico diagnostica al asegurado discapacitado debido a la enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad de Parkinson Avanzada: La fecha en que un médico diagnostica al asegurado discapacitado debido a la enfermedad de Parkinson.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

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

- Gripe Aviar/H5N1: La fecha en que un médico diagnostica Gripe Aviar/H5N1 al asegurado y cuando dicho diagnóstico está respaldado por historiales médicos.
- Ébola: La fecha en que un médico diagnostica Ébola al asegurado basándose hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por historiales médicos.
- Coronavirus Humano: La fecha en que un médico diagnostica coronavirus humano al asegurado basándose hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por exámenes virales o exámenes de sangre.
- Influenza: La fecha en que un médico diagnostica Influenza al asegurado basándose hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por historiales médicos.
- Neumonía: La fecha en que un médico diagnostica neumonía al asegurado basándose hallazgos clínicos y/o de laboratorio respaldados por historiales médicos.

El término Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital, según lo define en el plan, incluyendo, pero no limitado a los cuartos privados monitoreados, cuartos de recuperación quirúrgicas, unidades de observación, y las siguientes unidades de cuidados intermedios:

- Una unidad de cuidado progresivo,
- 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, pero no limitando a:

- 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 Coronavirus Humano no incluye los siguientes Coronavirus Humanos: 229E, NL63, OC43 y HKU1.

Neumonía no incluye neumonía causada por un trauma tal como, pero no limitado a, inhalación de agua, humo o químicos o lesiones traumáticas al pecho o al tórax.

CLÁUSULA ADICIONAL DE AFECCIONES INFANTILES

La Fecha del Diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Fibrosis Quística: La fecha en que un médico le diagnostica fibrosis quística y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Parálisis Cerebral: La fecha en que un médico le diagnostica parálisis cerebral y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Labio Leporino o Fisura de Paladar: La fecha en que un médico le diagnostica labio leporino y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Síndrome de Down: La fecha en que un médico le diagnostica síndrome de Down y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Enfermedad de Deficiencia Fenilcetonuria (PKU): La fecha en que un médico le diagnostica deficiencia fenilcetonuria y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Espina Bífida: La fecha en que un médico le diagnostica espina bífida y cuando dicho diagnóstico está respaldado por registros médicos.
- Trastorno del Espectro Autista: La fecha en que el médico diagnostica al hijo dependiente con Trastorno del Espectro Autista y dicho diagnóstico es respaldado por registros médicos.

Si un niño dependiente tiene Labio Leporino o Fisura Palatina o tiene uno en cada lado de la cara, pagaremos este beneficio una sola vez.

Un médico debe diagnosticar la Enfermedad de Deficiencia Fenilcetonuria (PKU) basándose en la prueba PKU.

Un médico debe diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista según los criterios de diagnóstico estipulados en la edición más reciente DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) al momento que ocurre la pérdida. El Diagnóstico debe incluir el especificador de nivel de gravedad DSM-V para ambas áreas principales listadas arriba.

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

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura podría continuar bajo ciertas condiciones. Consulte el certificado para obtener 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 obtener más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura reemplazara cualquier 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.



aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), aun orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad total de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no cuenta con licencia 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 corresponde este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, prevalecerá el certificado.

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 comunicándose con nuestro Centro de Servicios al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, condiciones y limitaciones del Formulario de la Póliza C22000VA.