

Aflac Group Planes de Seguro

CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS
INDEMINIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN
ENFERMEDAD GRAVE
ACCIDENTE

Aún un pequeño viaje al hospital puede tener un gran impacto en sus finanzas.

Aquí hay una manera de ayudar a que su visita sea un poco más económica.



PLAN DE CÁNCER DE AFLAC GROUP



Número de Formulario de la Póliza HCP3000TX

Resumen de Beneficios

	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
<p>HOSPITALIZACIÓN (primeros 30 días consecutivos)</p> <p>Pagaremos la cantidad que se muestra por Hospitalización por los primeros 30 días consecutivos de una hospitalización debido a un Cáncer Interno.</p> <p>Beneficio: Por Día/No hay Límite De Por Vida.</p>	\$200	\$300
<p>HOSPITALIZACIÓN (31^{ro} día y a partir de entonces)</p> <p>Pagaremos la cantidad que se muestra después del 31^{ro} día por la hospitalización debido a un Cáncer Interno.</p> <p>Beneficio: Por Día/No hay Límite De Por Vida.</p>	\$400	\$600
<p>BENEFICIO POR CIRUGÍA</p> <p>Pagaremos la cantidad que se muestra en la sección del Cuadro de Operaciones del plan por una cirugía realizada a un asegurado por el diagnóstico de cáncer. Los beneficios son pagaderos por cirugías dentro y fuera del hospital de acuerdo con el Cuadro de Operaciones.</p> <p>Beneficio: Por Procedimiento/ No hay Límite De Por Vida en el Número de Operaciones.</p>	\$95 – \$3,000	\$100 – \$5,000
<p>SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA</p> <p>Pagaremos hasta la cantidad mostrada por una segunda opinión quirúrgica por un médico certificado, no un familiar, con respecto a la cirugía por cáncer por cada diagnóstico positivo de cáncer. Este beneficio es pagadero una vez por cada condición maligna. No es pagadero por la cirugía reconstructiva o cáncer de piel.</p> <p>Beneficio: Por Condición Maligna/ No hay Límite De Por Vida.</p>	\$200	\$250
<p>BENEFICIO POR PRIMERA INCIDENCIA</p> <p>Pagaremos este beneficio por la primera vez que un asegurado es diagnosticado por tener cáncer interno (no en la piel). Este beneficio es pagadero solo una vez por cada asegurado y se pagará además de cualquier otro beneficio en el plan. El cáncer interno incluye melanomas clasificadas como Nivel III de Clark y más alto. En adición al diagnóstico patológico o clínico que se requiere por el plan, puede que solicitemos información adicional por el médico primario y el hospital.</p>	\$1,500	\$5,000
<p>BENEFICIO POR BUENA SALUD/PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER</p> <p>Por cada asegurado, pagaremos los cargos actualmente incurridos hasta la cantidad mostrada por:</p> <ul style="list-style-type: none">· Pruebas de Médula Osea · Biopsia · Ecografía Mamaria · CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario) · CA 15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de mama) · CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer de colon) · Radiografía de Tórax · Colonoscopia · Sigmoidoscopia Flexible · Análisis de Materia Fecal para detectar sangre oculta · Mamografía · Prueba de Papanicolaou · PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata) · Suero de Electroforesis de Proteína (análisis de sangre para detectar el mieloma) · Termografía <p>No hay Límite De Por Vida</p>	\$50	\$100
<p>QUIMIOTERAPIA Y RADIACIÓN</p> <p>Pagaremos hasta la cantidad mostrada por cada día que el asegurado reciba tratamientos radioactivos o químicos prescritos por un médico para la destrucción de tejido anormal durante un tratamiento de Cáncer. Para la quimioterapia oral que no requiera la administración por un personal médico, pagaremos la cantidad que se muestra por cada prescripción que no exceda \$800 al mes por la Opción I y \$1,200 al mes por las Opciones II y III.</p> <p>Beneficio: Por Día/ No hay Límite De Por Vida</p>	\$200	\$300
<p>TRATAMIENTO EXPERIMENTAL</p> <p>Pagaremos los cargos incurridos, hasta la cantidad que se muestra, por día por un asegurado que recibe tratamiento experimental por cáncer, con el propósito de la modificación o destrucción del tejido anormal. Los tratamientos deben ser congruentes con uno o más protocolos del Instituto Nacional de Cáncer.</p> <p>Este beneficio no paga por pruebas de laboratorio, diagnósticos de Radiografías, Inmunoglobulinas, Inmunoterapia, factores estimulantes de colonización, y dispositivos terapéuticos u otros procedimientos relacionados a estos tratamientos de terapia.</p> <p>Beneficio: Por Día/No hay Límite De Por Vida</p>	\$200	\$300

	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
<p>CIRUGÍA POR CÁNCER DE PIEL Pagaremos la cantidad que se muestra en la sección del Cuadro de Operaciones del Plan por la cirugía realizada a un asegurado por el diagnóstico de cáncer. Los beneficios son pagaderos por cirugías dentro y fuera del hospital de acuerdo con el Cuadro de Operaciones. Beneficio: Por Condición Maligna/ No hay Límite De Por Vida.</p>	\$100	\$600
<p>SANGRE Y PLASMA PARA PACIENTE AMBULATORIO Pagaremos hasta la cantidad que se muestra por cada día que un asegurado reciba sangre o plasma como un paciente ambulatorio en la oficina del médico, clínica, hospital o centro de cirugía ambulatoria por el cáncer. Beneficio: Por Día/ No hay Límite De Por Vida</p>	\$200	\$250
<p>PRÓTESIS/EXTREMIDAD ARTIFICIAL Pagaremos la cantidad que se muestra por cada dispositivo protésico o extremidad artificial incorporada quirúrgicamente la cual es recetada como resultado de una cirugía por el tratamiento de cáncer. El límite de por vida se muestra en el beneficio por cada opción por asegurado. Pagaremos hasta \$200 por los cargos incurridos por el dispositivo protésico recetado como resultado directo del tratamiento de cáncer que no requiera una implantación quirúrgica. Beneficio: Por Dispositivo</p>	Cargos Incurridos hasta: \$2,500	Cargos Incurridos hasta: \$3,000
<p>BENEFICIO POR TRANSPORTE Pagaremos la cantidad que se muestra por el transporte del asegurado hasta o desde un hospital localizado fuera de 100 millas de alcance de su residencia legal. El asegurado debe requerir tratamiento especial por cáncer interno el cual ha sido recetado por el médico de cabecera local y no se puede obtener localmente. Este beneficio puede pagarse solo por la persona asegurada por el cual el tratamiento especial es recetado, a menos que el tratamiento sea para un hijo dependiente, entonces el padre del menor o el guardián legal quien viaje con el hijo dependiente también recibirá este beneficio (solo se le pagará a una persona por viajar con dicho hijo dependiente). No hay Límite De Por Vida</p>	Automóvil: \$0.40 por milla hasta \$1,200 Tarifa aérea u otro viaje comercial: hasta \$1,200 viaje de ida y vuelta	Automóvil: \$0.50 por milla hasta \$1,500 Tarifa aérea u otro viaje comercial: hasta \$1,500 viaje de ida y vuelta
<p>BENEFICIO POR ALOJAMIENTO PARA LA FAMILIA Pagaremos la cantidad que se muestra por día por cada alojamiento nocturno en un cuarto de motel/hotel para el asegurado o un miembro de la familia cuando la persona asegurada es ingresada en un hospital por tratamiento de cáncer interno. El hospital y el cuarto del motel/hotel deben estar a más de 100 millas de la residencia del asegurado. El tratamiento especial por cáncer debe ser recetado por un médico local. Beneficio: Por Día / Límite De Por Vida de 60 días por persona cubierta</p>	\$50	\$60
<p>SANGRE Y PLASMA EN EL HOSPITAL Pagaremos la cantidad que se muestra por cada día que un asegurado recibe sangre o plasma durante una hospitalización cubierta. Beneficio: Por Día/ No hay Límite De Por Vida</p>	\$50	\$100

AMBOS PLANES

<p>CONSULTA NACIONAL POR CÁNCER Pagaremos hasta la cantidad que se muestra cuando se hace consulta en un centro de cáncer auspiciado por el Instituto Nacional de Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) como resultado de recibir un diagnóstico previo por cáncer interno. El propósito de la evaluación/consulta debe ser para determinar el curso apropiado para el tratamiento de cáncer. Pagaremos \$250 por el transporte y alojamiento de la persona cubierta recibiendo la evaluación/consulta. El centro de cáncer auspiciado por el NCI debe estar a más de 100 millas de la residencia de la persona cubierta para que la porción de este beneficio de transporte y alojamiento sea pagadero. Este beneficio es pagadero una vez por asegurado. No hay Límite De Por Vida</p>	\$500
<p>ANESTESIA Pagaremos el 25% de la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones, en lugar del procedimiento quirúrgico si el asegurado recibe anestesia administrada por un anestesiólogo o anestesista durante el procedimiento quirúrgico el cual se realizó por el tratamiento de cáncer. Este beneficio no es pagadero por la cirugía reconstructiva. Beneficio: Por Procedimiento/ No hay Límite De Por Vida.</p>	25% de la cirugía
<p>MEDICAMENTOS ANTIEMÉTICOS Pagaremos hasta la cantidad que se muestra por medicamentos antieméticos como resultado de tratamientos de radiación/quimioterapia y como fueron recetados por un Médico. Pagaremos este beneficio por no más del número de días que el asegurado recibe tratamiento por radiación/quimioterapia. Beneficio: Por Mes/ No hay Límite De Por Vida.</p>	\$100

AMBOS PLANES

ASISTENCIA MÉDICA PARA ENFERMOS TERMINALES

Pagaremos la cantidad que se muestra por el cuidado provisto en un lugar de asistencia médica para enfermos terminales. El asegurado debe ser diagnosticado con cáncer y la intervención terapéutica dirigida hacia la cura de la enfermedad está médicamente determinada a no ser ya apropiada, y si el pronóstico médico indica una expectativa de vida de seis meses o menos como resultado directo del cáncer.

Beneficio: Por Día / Límite De Por Vida de \$12,000 por asegurado

\$100
por día/primeros 60 días
\$50
por día de ahí en adelante

ASISTENCIA MÉDICA EN EL HOGAR

Pagaremos los cargos incurridos hasta \$50.00 por día, por visitas de una agencia de asistencia médica en el hogar. Este beneficio se limita a 30 visitas por año calendario.

Cargos incurridos hasta \$50 por día

CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA

Pagaremos \$100 por día cuando una persona asegurada es ingresada a una sección del hospital utilizada como un Centro de Atención Prolongada, un Centro de Servicios de Enfermería Especializados, o una cama designada para atención hospitalaria (swing bed). La reclusión debe seguir la hospitalización y el asegurado debe recibir beneficios bajo el Beneficio por Hospitalización. Limitado al mismo número de días que el asegurado recibió los Beneficios por Hospitalización.

Beneficio: Por Día/Límite De Por Vida de 365 días por asegurado

\$100

SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Pagaremos la cantidad que se muestra por día por los servicios a tiempo completo de enfermería (no realizado por un familiar) mientras esté hospitalizado. Beneficio: Por Día/ No hay Límite De Por Vida

\$100

AMBULANCIA

Pagaremos la cantidad que se muestra si un asegurado requiere transporte a un hospital, dentro de las 100 millas de la residencia del asegurado, por una hospitalización durante la noche por el tratamiento de cáncer. Este beneficio se limita a dos (2) viajes por hospitalización. Este servicio de ambulancia debe desempeñarse por una compañía profesional de ambulancia autorizada.

Beneficio: Por Viaje/ No hay Límite De Por Vida

Cargos Incurridos

TRASPLANTE DE MEDULA ÓSEA

Pagaremos los cargos incurridos hasta \$10,000 por la extracción y reinfusión de medula ósea si el asegurado requiere un trasplante de medula ósea durante una hospitalización cubierta.

Pagaremos los cargos incurridos hasta \$5,000 por la extracción y reinfusión de medula ósea realizada como paciente ambulatorio.

Pagaremos inmediatamente \$1,000 al donante de medula ósea por sus gastos incurridos como resultado del procedimiento del trasplante.

Beneficio: Por Procedimiento/ No hay Límite De Por Vida

Cargos incurridos hasta:
\$10,000
en el hospital
\$5,000
paciente ambulatorio
\$1,000
indemnización al donante

TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE

Pagaremos los cargos incurridos hasta \$2,500 si un asegurado recibe un trasplante de células madre periférico por el tratamiento de cáncer. Este beneficio es pagadero una vez por asegurado. Este beneficio no es pagadero en combinación con el pago del Beneficio por Trasplante de Medula Ósea.

Máximo De Por Vida de \$2,500 por asegurado

Cargos incurridos hasta: \$2,500

CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA

Si el asegurado, debido a un cáncer interno, es completamente incapaz para realizar todas las tareas usuales y habituales de su ocupación por un período de 90 días continuos, cederemos de mes a mes, cualquier prima fallida durante su incapacidad continua. Para que las primas sean cedidas, requeriremos una declaración del empleador (si corresponde) y una declaración del médico de la incapacidad del asegurado para ejercer sus tareas o actividades.

BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Pagaremos \$200 por día por los primeros 30 días y \$500 por día, desde entonces, por la hospitalización cuando dicha hospitalización sea debido al tratamiento de una enfermedad específica si: 1. el asegurado recibe tratamiento por una enfermedad específica que comience mientras el Certificado esté en vigencia; y 2. no está excluido por nombre o descripción específica.

Los beneficios serán pagados desde el primer día de la hospitalización debido a una enfermedad específica. Pagaremos la cantidad diaria sin importar si el asegurado es facturado por el hospital por dicha hospitalización. Si más de una enfermedad específica es diagnosticada al mismo tiempo entonces nosotros solo pagaremos la cantidad que se muestra por una enfermedad pero no ambas.

Las enfermedades cubiertas incluyen: Enfermedad de Addison, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés), Parálisis Cerebral, Meningitis Meningocócica, Fibrosis Cística, Difteria, Encefalitis, corea de Hunintong, enfermedad de los Legionarios, Malaria, Meningitis (bacterial), Esclerosis Múltiple, Distrofia Muscular, Miastenia grave, Facitis necrosante, Osteomielitis, Polio, Rabia, Esclerodermia, Anemia drepanocítica, Lupus diseminado, Tétano, Tuberculosis.

El beneficio máximo de por vida pagadero bajo este beneficio es de \$100,000 por asegurado.

BENEFICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS OPCIONAL/ \$600 AL DÍA EN EL HOSPITAL

Los beneficios se pagarán si el asegurado es ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital (ICU, por sus siglas en inglés). Este beneficio se limita hasta 30 días por período de hospitalización.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DE AFLAC GROUP

Número de Formulario de la Póliza HCP8500TX 09



Resumen de Beneficios

	ALTO	BAJO
BENEFICIO POR ADMISIÓN AL HOSPITAL (una vez por hospitalización) Este beneficio es pagadero cuando usted es ingresado al hospital e internado como paciente en una cama debido a lesiones recibidas por un accidente cubierto o por una enfermedad cubierta. Pagaremos este beneficio una vez por cada accidente cubierto o enfermedad cubierta. La hospitalización debe ser dentro de los 6 meses de un accidente cubierto.	\$500 por hospitalización	\$300 por hospitalización
BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN (hasta 365 días por hospitalización) La cantidad indicada es pagadera por hospitalización nocturna. Este beneficio comienza con el primer día de hospitalización y es duradero hasta 365 días. La hospitalización debe ser dentro de los 6 meses de un accidente cubierto.	\$150 por día	\$75 por día
BENEFICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL (máximo de 365 días por un período de hospitalización) La cantidad indicada es pagadera por hospitalización nocturna en una unidad de cuidados intensivos en un hospital. El beneficio comienza el primer día de hospitalización y es duradero hasta 365 días. *Beneficio diario total si es ingresado a una Unidad de Cuidados Intensivos.	\$300 por día	\$150 por día
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA Cederemos las primas de un asegurado después de su reclusión continua en un hospital por 14 días. Cederemos las primas hasta que sea dado de alta del hospital o por 12 meses, cualquiera que sea primero. Este beneficio aplica solo al empleado asegurado, no al cónyuge o los hijos.		
PRIMAS COLECTIVAS Una vez inscrito en el programa, las primas no aumentarán debido a la edad.		

El plan tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Este folleto es solamente para fines ilustrativos. Consulte su plan para obtener los detalles, definiciones, limitaciones y exclusiones en forma completa.

SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE DE AFLAC GROUP

Series de la Póliza CAI2800TXrev



ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE CARDÍACO (Infarto de Miocardio)	100%
DERRAME CEREBRAL (Apoplejía o Accidente Cerebrovascular)	100%
TRANSPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL	100%
INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA FINAL	100%
CARCINOMA IN SITU	25%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS	25%

BENEFICIO POR PRIMERA INCIDENCIA

La Suma Global de Beneficios pagaderos tras el diagnóstico inicial de una enfermedad cubierta o condición de salud.

Opción Alta: Empleado \$25,000 / Cónyuge \$12,500 **Opción Baja:** Empleado \$10,000 / Cónyuge \$5,000

BENEFICIO POR INCIDENCIA ADICIONAL

Si un asegurado acumula los beneficios completos por una Enfermedad Grave para el plan y luego tiene una de las enfermedades graves/procedimientos cubiertos restantes, entonces pagaremos la cantidad del beneficio en su totalidad por cada enfermedad adicional. Las incidencias deben estar separadas por lo menos 6 meses.

BENEFICIO POR REINCIDENCIA

Si usted acumula todos los beneficios por una condición de salud cubierta y luego es diagnosticado con la misma condición de salud, pagaremos el beneficio en su totalidad nuevamente. Las dos fechas de diagnóstico deben estar separadas por los menos 12 meses (12 meses de tratamiento libre de cáncer)

COBERTURA PARA HIJO SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente es cubierto por un 50 por ciento de la cantidad del beneficio del asegurado principal sin cargo adicional.

CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA

Si una enfermedad grave cubierta causa a un asegurado estar totalmente incapacitado por 90 días, cederemos los pagos de la prima por esta cobertura por los primeros 90 días de la incapacidad total y por cada siguiente día hasta que ocurra uno de los siguientes: el asegurado ya no está totalmente incapacitado; hemos cedido las primas por un total de 24 meses por la incapacidad total; el asegurado alcanzó la edad de 65 años o está a 2 años de la fecha de la incapacidad total, cualquiera que ocurra último; o la cobertura termine de acuerdo al vencimiento de la disposición de la póliza.

Al final del periodo de renuncia, el asegurado debe reanudar los pagos de las primas para mantener la cobertura vigente. Las primas cedidas incluyen las del empleado y aquellas para los dependientes actualmente cubiertos o las cláusulas adicionales que están en vigencia. Para que las primas sean cedidas, el asegurado debe proveer prueba satisfactoria de la incapacidad total al menos una vez cada 12 meses.

BENEFICIO POR PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SALUD (Empleado y Cónyuge solamente)

Usted puede recibir un máximo de \$50 por cualquier examen para detección de salud cubierta por año calendario. Pagaremos este beneficio sin importar los resultados del examen. Los pagos de este beneficio no reducirán el beneficio de enfermedad grave pagadero bajo el plan. No hay límite en el número de años para usted recibir el Beneficio por Pruebas de Detección de Salud; será pagadero siempre que la cobertura esté en vigencia. Este beneficio es solo pagadero por exámenes para detección de salud como resultado de un cuidado de prevención, incluyendo exámenes y procedimientos de diagnóstico ordenados en conexión con los análisis rutinarios. Este beneficio es pagadero por el empleado y cónyuge cubierto. **Este beneficio no es pagadero por hijos dependientes.**

Los exámenes cubiertos incluyen: • Mamografía • Colonoscopia • Prueba de Papanicolaou • Ecografía Mamaria • Radiología del Tórax • PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata) • Prueba de esfuerzo en bicicleta fija o en cinta caminadora • Prueba de Médula Ósea • CA 15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de mama) • CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer del colon) • Sigmoidoscopia Flexible • Análisis de materia fecal para detectar sangre oculta • Suero de Electroforesis de Proteína (análisis de sangre para detectar el mieloma) • Termografía • Prueba de glucosa en la sangre en ayunas • Pruebas de colesterol en suero para detectar el nivel de HDL y LDL • Análisis de sangre para triglicéridos

ENFERMEDADES GRAVES ADICIONALES CUBIERTAS:

Enfermedad de Addison, Parálisis Cerebral, Fibrosis Cística, Difteria, Encefalitis, corea de Hunintong, enfermedad de los Legionarios, Malaria, Meningitis (bacterial), Distrofia Muscular, Miastenia grave, Facitis necrosante, Osteomielitis, Polio, Rabia, Esclerodermia, Anemia drepanocítica, Lupus diseminado, Tétano, Tuberculosis, Esclerosis Lateral Amiotrófica (Enfermedad de Lou Gehrig) y Esclerosis Múltiple

25%

SEGURO ACCIDENT ADVANTAGE PLUS DE AFLAC GROUP

SEGURO COLECTIVO DE LESIÓN ACCIDENTAL – PLAN DE 24 HORAS
Series de la Póliza CAI7700TX THCP



CARÁCTERÍSTICAS

- Cobertura de 24 Horas.
- No hay límite en el número de reclamaciones.
- Suplementa y paga sin importar cualquier otro programa de seguro.
- Beneficios disponibles para el cónyuge y/o hijos dependientes.
- Beneficios por ambos tratamientos por accidentes cubiertos como paciente interno o paciente ambulatorio.
- Emisión garantizada - No requiere suscripción para calificar por la cobertura.
- Cesión del Derecho a la Prima

Resumen de Beneficios

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

	ALTO	BAJO
Muerte Accidental en Transporte Común (Avión, Tren, Bote, o Barco)	\$100,000	\$50,000
Muerte Accidental	\$50,000	\$25,000
Muerte Catastrófica	\$100,000	\$50,000
Pérdida de la mano, el pie, o pérdida de visión simple	\$6,250	\$3,125
Pérdida de la mano, el pie, o pérdida de doble visión	\$25,000	\$12,500
Pérdida de uno o más dedos de las manos o pies.	\$1,250	\$625
Amputación Parcial, del(de los) dedo(s) de la(s) mano(s) o pie(s) incluyendo por lo menos una articulación	\$100	\$100

BENEFICIOS DE HOSPITAL

	ALTO	BAJO
Parálisis	\$5,000-\$10,000	\$2,500-\$5,000
Admisión al Hospital	\$1,500	\$750
Cuidados Intensivos en un Hospital (por día)	\$600	\$300
Hospitalización (por día)	\$300	\$150
Tarifas Médicas	\$250	\$125

LESIONES ESPECÍFICAS

	ALTO	BAJO
Quemaduras	\$180-\$18,000	\$180-\$18,000
Laceraciones	\$25-\$200	\$25-\$100
Hernia en el Disco	\$100-\$400	\$100-\$400
Tendones/Ligamentos	\$400-\$600	\$400-\$600
Desgarre del Cartílago de la Rodilla	\$100-\$400	\$100-\$400
Lesiones Oculares	\$250	\$125
Coma	\$10,000	\$5,000
Conmoción Cerebral	\$200	\$100
Servicio Odontológico de Emergencia	\$50-\$150	\$25-\$100

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS ADICIONALES

	ALTO	BAJO
Ambulancia	\$500	\$250
Ambulancia Aérea	\$1,500	\$750
Lesiones Internas	\$1,000	\$500
Prótesis	\$500	\$250
Transporte	\$300	\$150
Cirugía Exploratoria	\$250	\$125
Pruebas para Diagnósticos Principales	\$200	\$100
Sangre/Plasma	\$200	\$100
Unidad de Rehabilitación	\$150/POR DÍA	\$75/DÍA
Aparatos Médicos	\$100	\$50
Beneficio para Alojamiento de la Familia	\$100/POR NOCHE	\$50/POR NOCHE
Terapia Física	\$50	\$25
Tratamiento de Seguimiento por Accidente	\$35	\$25

LESIONES GRAVES/ FRACTURAS/ REDUCCIÓN ABIERTA

	ALTO	BAJO
Cadera/Muslo	\$6,750	\$3,750
Vértebra (excepto las apófisis)	\$6,075	\$3,375
Pelvis	\$5,400	\$3,000
Cráneo (hundimiento)	\$5,063	\$2,813
Pierna	\$4,050	\$2,250
Antebrazo/Mano/Muñeca	\$3,375	\$1,875
Pie/Tobillo/Rótula	\$3,375	\$1,875
Omóplato/Clavícula	\$2,700	\$1,500
Maxilar Inferior (Mentón)	\$2,700	\$1,500
Cráneo (Simple)	\$2,363	\$1,313
Brazo Superior/Maxilar Superior	\$2,363	\$1,313
Huesos Faciales (excepto dientes)	\$2,050	\$1,125
Apófisis Vertebrales	\$1,350	\$750
Cóxis/Costilla/Dedo de la Mano/Pie	\$540	\$300

LESIONES GRAVES/ LUXACIONES/ REDUCCIÓN ABIERTA

	ALTO	BAJO
Cadera	\$4,050	\$2,025
Rodilla (no rótula)	\$2,925	\$1,462.50
Hombro	\$2,250	\$1,125
Pie/Tobillo	\$1,800	\$900
Mano	\$1,575	\$787.50
Maxilar Inferior	\$1,350	\$675
Muñeca	\$1,125	\$562.50
Codo	\$900	\$450
Dedo Mano/Pie	\$360	\$180

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Si esta cobertura reemplazara cualquier otra póliza individual existente, por favor tenga en cuenta que tal vez en su mejor interés sea mantener su póliza individual de renovación garantizada.

CÁNCER (correspondiente a las series del formulario HP3000TX)

El plan provee beneficios solo para enfermedades específicas, como se define en este documento, y el diagnóstico de cáncer, pruebas de detección de cáncer o por pérdidas resultantes de un tratamiento definitivo por cáncer incluyendo la proliferación, propagación metastásica o recurrencia y otras enfermedades y condiciones de salud causadas por o como resultado del cáncer o el tratamiento de cáncer. La prueba patológica debe ser sometida. El diagnóstico clínico de cáncer debe ser aceptado bajo las condiciones específicas en la Sección III - Cáncer. Los beneficios no son provistos por ninguna otra dolencia, enfermedad o incapacidad. No se pagarán beneficios por diagnósticos, pruebas de detección o tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos.

LIMITACIONES DE CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES

"Condición de Salud Preexistente" significa una enfermedad o condición de salud física por la cual se recomienda o recibe consejo o tratamiento médico dentro de los 12 meses previos a la Fecha de Vigencia del Asegurado. No pagaremos beneficios por ninguna condición de salud o enfermedad que comience dentro de los 12 meses de la Fecha de Vigencia del Asegurado que sea causada por, contribuida a, o como resultado de una Condición de Salud Preexistente

Una reclamación para beneficios por la pérdida que comience después de los 12 meses de la Fecha de Vigencia del Asegurado no se reducirá o negará basado en que es causada por una Condición de Salud Preexistente. Una condición de salud ya no se considerará como preexistente al final de los 12 meses consecutivos, de principio a fin, después de la Fecha de Vigencia del Asegurado. "Tratamiento" significa la consulta, el cuidado, o los servicios provistos por un médico incluyendo las medidas de diagnóstico, y tomar drogas y medicamentos recetados.

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN (correspondiente a las series del formulario HCP8500TX09)

No pagaremos beneficios por pérdida contribuida a, causada por, o como resultado de:

1. Guerra – participar en una guerra o en cualquier acto de guerra, declarado o no; participar en las fuerzas armadas de, o contrataciones con cualquier país o autoridad internacional. Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por este certificado cuando usted se encuentre en dicho servicio.
2. Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio estando cuerdo o demente.
3. Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
4. Actos Ilegales – participar o intentar participar en una actividad ilegal o trabajar en un empleo ilegal:
5. Trastornos mentales o emocionales sin prueba de una enfermedad orgánica.

6. Alcoholismo, adicción a drogas o dependencia química.

Enfermedad Grave (correspondiente a las series del formulario CAI2800TX)

Este es un plan calificado según la edad. Las tarifas aumentan según el empleado asegurado entra a la siguiente categoría de edad. La cantidad correspondiente del beneficio será pagadero si: la fecha del diagnóstico ocurre mientras el certificado está en vigencia; y la causa de la enfermedad no se excluye por nombre o descripción específica.

Exclusiones

Los beneficios no se pagarán por pérdidas ocasionadas por:

1. Lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente, o la acción;
2. Cometer o intentar cometer suicidio, esté o no;
3. Actividades ilegales o intentar participar en una ocupación ilegal;
4. Guerra, sea declarada o no, o conflictos militares, participar en una insurrección o disturbio, tumulto civil o estado de beligerancia; o
5. Abuso de sustancias.

Se deben hacer un diagnósticos y recibir tratamiento en los Estados Unidos.

Exclusiones de Beneficios Adicionales (además de las mencionadas)

No se pagarán beneficios adicionales por pérdidas ocurridas antes de la fecha de vigencia de esta Cláusula Adicional.

Definiciones

Trasplante de Órgano Principal significa someterse a cirugía como receptor de un trasplante de un corazón humano, pulmón, hígado, riñón o páncreas.

Hijos Dependientes son sus hijos naturales o los de su cónyuge, hijastros, hijos adoptados legalmente o niños colocados para adopción quienes son menores de 26 años.

Sus Hijos naturales nacidos después de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional serán cubiertos desde el momento del nacimiento. No se requiere aviso o prima adicional.

La cobertura para los Hijos Dependientes terminará en el 26^{to} cumpleaños del hijo. Sin embargo, cualquier hijo que no pueda mantener un empleo por sí mismo debido a una incapacidad física o mental y es dependiente de su(s) padre(s) para sustento, la limitación de 26 años de edad antes mencionada no se aplicará.

Infarto de Miocardio (Ataque Cardíaco) significa la muerte de una porción del músculo cardíaco (miocardio) que ocurre a causa de un bloqueo de una o más de las arterias coronarias. Ataque Cardíaco no incluye ninguna otra enfermedad o lesión que involucre el sistema cardiovascular. Paro cardíaco que no ocurra a causa de un Infarto de Miocardio) no es un Ataque del Corazón.

El diagnóstico debe incluir todos los siguientes criterios: 1. Los resultados electrocardiográficos (ECG, por sus siglas en inglés) nuevos y seriales coherentes con un Infarto de Miocardio); 2. La 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; y 3. Estudios por imágenes confirmatorios, tales como escáner con talio, escáneres MUGA o ecocardiogramas de esfuerzo.

Accidente Cerebrovascular significa una Apoplejía (debido a la ruptura u oclusión aguda de una arteria cerebral), o un accidente cerebrovascular o incidencia, la cual se manifieste en o después de la fecha de vigencia. El accidente cerebrovascular no incluye Accidentes Cerebrovasculares Isquémicos Transitorios (AIT) ni la Isquemia Vertebrovasilar. Pagaremos el beneficio por Accidente cerebrovascular el cual produce una secuela neurológica clínica permanente. Debemos recibir prueba de la secuela neurológica clínica provista por una Tomografía Axial Computarizada (TAC), o Imagen de Resonancia Magnética (IRM). El accidente cerebrovascular no significa una lesión en la cabeza, un accidente cerebrovascular isquémico transitorio o insuficiencia cerebrovascular crónica.

Cáncer (Interno o Invasivo) significa un tumor maligno que se caracteriza por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas, y la invasión de tejidos distantes. El cáncer incluye: Leucemia. Se excluyen los Cánceres que no son invasivos, tales como: 1. Tumores premalignos o pólipos; 2. Carcinoma in Situ; 3. Cualquiera de los cánceres de piel excepto los melanomas; 4. Carcinoma de las células basales y células escamosas de la piel; y 5. Melanoma que se diagnostica como Nivel I o II de Clark o Breslow menor de 0.77mm.

El cáncer es también es una enfermedad que cumple con el criterio de diagnóstico de tumor maligno establecido por la Junta Americana de Patología (American Board of Pathology) después de un estudio de arquitectura Histocitológica o del patrón del tumor, tejido o muestra.

Carcinoma in situ significa el Cáncer que es en su lugar natural y normal, recluido en un lugar sin haber invadido el tejido cercano.

El cáncer y/o el carcinoma in situ debe ser diagnosticado en una de dos formas: 1. Diagnóstico Patológico - Un diagnóstico patológico de cáncer o carcinoma in situ es basado en un estudio microscópico de tejido o preparaciones del sistema hemático (sangre). Este tipo de diagnóstico debe ser realizado por un patólogo certificado cuyo diagnóstico de malignidad se mantiene con los estándares establecidos por la Asociación de Patología Americana. 2. Diagnóstico Clínico- Un diagnóstico clínico de cáncer o carcinoma in situ se basa en el estudio de los síntomas. Pagaremos los beneficios por un diagnóstico clínico solo si: a. Un diagnóstico patológico no se puede hacer por ser medicamente inapropiado o peligroso para la vida; b. Hay evidencia para apoyar el diagnóstico; y c. Un médico está tratando al asegurado por cáncer y/o carcinoma in situ.

Insuficiencia Renal (Insuficiencia del Riñón) significa insuficiencia renal en etapa final presentada como crónica y con insuficiencia irreversible de la función de ambos riñones. La insuficiencia del Riñón debe necesitar diálisis renal con regularidad, diálisis hemático o diálisis peritoneal (al menos semanalmente); o que resulte en trasplante de riñón. La insuficiencia renal está cubierta, siempre que no esté causada por un evento traumático, incluyendo los traumas quirúrgicos.

Cirugía de Derivación de Arterias Coronarias significa someterse a la cirugía de corazón abierto para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de derivación, pero excluye procedimientos tales como, pero no limitados a la angioplastia con balón, tratamiento con láser, estents u otros procedimientos no quirúrgicos.

ACCIDENTE (correspondiente a las series del formulario de la póliza CAI7700TX THCP)

NO PAGAREMOS BENEFICIOS POR PÉRDIDA, LESIÓN, O MUERTE CONTRIBUITDA A, CAUSADA POR, O COMO RESULTADO DE: Participar en una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no; participar en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional. Le devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por este certificado, cuando se encuentre en dicho servicio; Operar, aprender a operar o servir como miembro de una tripulación, o saltar o caer desde cualquier aeronave, incluyendo aquellos los cuales no son conducidos por motor; Participar o intentar participar una actividad ilegal o trabajar en un empleo ilegal; Cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente; Lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente; Tener cualquier enfermedad o afección física/mental o proceso degenerativo. Tampoco pagaremos beneficios por cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimientos de diagnóstico relacionados con dicha enfermedad; Viajar más de 40 millas fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, Canadá, México, Puerto Rico, las Bahamas, las Islas Vírgenes, Bermuda y Jamaica, excepto bajo el Beneficio de Transporte Común por Muerte Accidental; Estar a bordo o conducir cualquier vehículo motorizado en una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad; Participar en algún deporte organizado a capacidad profesional o semiprofesional; Estar legalmente intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sean administrados bajo el consejo de un médico; Conducir cualquier taxi, o cualquier vehículo para viajes de larga distancia dentro o fuera del estado por salario, compensación o ganancia; Escalar montañas con sogas y/o cualquier otro equipo, paracaídas o vuelo en ala delta; Someterse a una cirugía cosmética u otros procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios o someterse a un tratamiento odontológico, excepto como resultado de un accidente cubierto.

Un médico no lo incluye a usted ni a un miembro de su familia inmediata.

Un hospital no es un hogar de ancianos, un centro de atención prolongada, una clínica de reposo, un asilo ni una residencia de ancianos, un lugar para alcohólicos o drogadictos ni una institución mental.

Limitación de Condición de Salud Preexistente

No pagaremos beneficios por pérdidas que sean causadas por, contribuidas por, o como resultado de una condición de salud preexistente por los 12 meses después de la fecha de vigencia de su certificado y las cláusulas adicionales adjuntas, como corresponde.

Condición de Salud Preexistente se refiere al periodo dentro de los 12 meses previos a la Fecha de Vigencia del Certificado y las Cláusulas Adicionales adjuntas, como corresponde, por esas condiciones de salud por las cuales se recomendó o recibió cuidado médico o tratamiento.

Una reclamación por beneficios por pérdidas que comiencen después de los 12 meses de la fecha de vigencia de un certificado y las cláusulas adicionales adjuntas no se reducirá o negará bajo los fundamentos de que fue causada por una condición de salud preexistente.

Tratamiento significa una consulta, cuidado o servicios provistos por un médico, incluye las medidas de diagnóstico y tomar drogas recetas y medicamentos.

Un certificado pudo emitirse como remplazo de un certificado previo emitido bajo el plan. Si así fuese, entonces la disposición de la Limitación de Condición de Salud Preexistente de este certificado se aplica solo a cualquier aumento en beneficios sobre el certificado anterior. Cualquier periodo restante de la Limitación de Condición de Salud Preexistente del certificado previo se continuará adjudicando al nivel de los beneficios anteriores.

Terminación

Su cobertura puede terminar cuando el plan termine, según lo que ocurra primero; (1) el 31^{ro} día después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; (2) la fecha en que deja de cumplir con la definición de empleado como se define en la póliza principal, (3) la fecha de la prima adeudada la cual cae en o sigue su 70^{mo} cumpleaños, o (4) la fecha en que usted no pertenece más como miembro de una clase en la que califica.

Fecha de Vigencia

La Fecha de Vigencia para un empleado es como sigue: (1) El seguro de un empleado será vigente en la fecha que se muestra en el Cuadro del Certificado siempre que el empleado esté entonces activo en el trabajo. (2) Si un empleado no está trabajando activamente en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia, la fecha de vigencia de su cobertura será la fecha en la que dicho empleado esté inicialmente trabajo activamente.

Correspondiente a todos los planes:

Continuación de Privilegio

La cobertura puede continuar más allá de la terminación de la póliza maestra. Si la póliza maestra termina, la cobertura frontal puede diferir del plan original, sujeto a la aprobación del Departamento del Seguro del estado donde reside.

La cobertura no podrá continuar si un empleado falla el pago de cualquier prima requerida. La prima para la cobertura frontal es pagada directamente por el empleado.

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.

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 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.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones del Número de Formulario de la Póliza Serie HCP3000TX, HCP8500TX 09, CAI7700TX THCP, CA3500-MP (TX) ISD, y CAI2800TXrev.