

# Aflac Group Accident Insurance

Protección contra accidente creada para usted.



**Suscrita por:**  
**Continental American Insurance Company (CAIC)**

En California, la cobertura está suscrita por  
Continental American Life Insurance Company.



## Solo porque un accidente puede cambiar su salud, no significa que también deba cambiar su estilo de vida.

Los accidentes pueden ocurrir en un instante, afectándole a usted o a un ser querido. Aflac está diseñado para ayudar a las familias con su planificación de cuidados médicos futuros, para que se enfoquen en recuperarse y no en la inseguridad financiera e incertidumbre que surge.

### Protección para lo inesperado, ese es el beneficio que ofrece el Plan de Aflac Group Accident.

Después de un accidente, puede que surjan gastos que nunca pensó tener. ¿Financieramente, podría afrontar dichos gastos? Es reconfortante saber que un plan de seguro contra accidentes estará disponible para usted en los momentos de necesidad para ayudarle a cubrir los gastos, tales como:

- Transporte en ambulancia
- Recetas Médicas
- Visitas a la sala de emergencias
- Pruebas de Diagnóstico Principales
- Cirugía y anestesia
- Quemaduras

### Características del Plan

- Los beneficios son pagados a usted directamente, a menos que se asignen de otro modo.
- La cobertura tiene emisión garantizada (lo que significa que usted puede calificar para la cobertura sin tener que responder a las preguntas sobre la salud).
- Los beneficios son pagados independientemente de cualquier otro seguro médico.

## Lo que necesita, cuando lo necesite.

El seguro colectivo de accidente le paga en efectivo los beneficios que puede utilizar en cualquier manera que lo considere conveniente.



# SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTE

	ALTO	BAJO
<p><b>TRATAMIENTO INICIAL</b> (uno por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente, no es pagadero por servicios de telemedicina) Pagadero cuando el asegurado recibe tratamiento inicial por una lesión accidental cubierta. Este beneficio es pagadero para un tratamiento inicial recibido bajo el cuidado de un médico, cuando el asegurado visita los siguientes lugares:</p>		
Sala de emergencia de un hospital con/sin radiografías	\$200/\$150	\$100/\$50
Centro de cuidado de urgencia con/sin radiografías	\$200/\$150	\$100/\$50
Consultorio o centro médico (que no sea la sala de emergencia del hospital o de cuidado de urgencia) con radiografías/sin radiografías	\$100/\$75	\$50/\$25
<p><b>AMBULANCIA</b> (dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe transportación por un servicio profesional de ambulancia debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$300 Terrestre \$900 Aérea	\$200 Terrestre \$600 Aérea
<p><b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando un asegurado requiere uno de los siguientes exámenes: Tomografía Computarizada (CT/CAT scan), Imagen de Resonancia Magnética (MRI) o Electroencefalograma (EEG) debido a una lesión accidental cubierta. Estos exámenes deben realizarse en un hospital, un consultorio médico, un centro médico de diagnóstico por imágenes o en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	\$200	\$100
<p><b>OBSERVACIÓN EN UNA SALA DE EMERGENCIA</b> (dentro de los 7 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe tratamiento en una sala de emergencia de un hospital, y queda en observación en un hospital sin ingresar como paciente interno debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$100 Cada período de 24 horas  \$50 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas	\$50 Cada período de 24 horas  \$25 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas
<p><b>RECETAS MÉDICAS</b> (2 veces por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero para una receta surtida que es prescrita por un médico, dispensada por un farmacéutico autorizado y médicamente necesaria para el cuidado y el tratamiento del asegurado, debido a una lesión accidental cubierta. (en Alaska, Massachusetts y Montana las recetas médicas no tienen que ser médicamente necesaria). Este beneficio no es pagadero para dispositivos o aparatos médicos terapéuticos; fármacos experimentales; fármacos, medicamentos o insulina utilizados o administrados a una persona mientras se encuentra ingresada en un hospital, en una residencia de ancianos y enfermos, en un centro de atención prolongada, en un hogar para convalecientes, en una residencia de ancianos y enfermos o en una institución similar; agentes inmunizantes, suero biológico, sangre o plasma sanguíneo. Este beneficio no es pagadero para las técnicas de tratamiento del dolor para las cuales se paga un beneficio en virtud del Beneficio por Tratamiento del Dolor (si está disponible).</p>	\$5	\$5
<p><b>SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS</b> (3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por cada día que el asegurado recibe sangre, plasma o plaquetas, debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$400	\$300
<p><b>MANEJO DEL DOLOR</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando, debido a una lesión accidental cubierta, se le receta al asegurado y recibe una ablación y/o bloqueo nervioso, o una inyección epidural colocada en la columna vertebral. Este beneficio solo es pagadero para técnicas de manejo del dolor (como se indica anteriormente) que se practican en un hospital o en un consultorio médico. Este beneficio no es pagadero cuando la inyección epidural se coloca durante un procedimiento quirúrgico.</p>	\$100	\$50
<p><b>CONMOCIÓN CEREBRAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado es diagnosticado por un médico con una conmoción cerebral debido a un accidente cubierto.</p>	\$400	\$200
<p><b>LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero cuando un neurólogo diagnostica a un asegurado una lesión cerebral traumática (<i>Traumatic Brain Injury</i>, TBI) debido a un accidente cubierto. Para que califique como una TBI, el déficit neurológico debe requerir tratamiento con un neurólogo y un curso recetado de terapia física, logopedia o ergoterapia bajo las instrucciones de un neurólogo.</p>	\$2,500	\$1,250

<b>COMA</b> (una vez por accidente) Pagadero cuando el asegurado se encuentra en estado de coma durante 30 días o más, como resultado de un accidente cubierto. Para los fines de este beneficio, se entiende por Coma al estado de inconsciencia profunda provocado por un accidente cubierto.	\$10,000	\$5,000
<b>TRABAJO DENTAL DE EMERGENCIA</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando los dientes naturales del asegurado son lesionados como consecuencia de un accidente cubierto.	\$50 Extracción \$200 Reparación con una corona	\$25 Extracción \$100 Reparación con una corona
<b>QUEMADURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se quema en un accidente cubierto y es tratado por un médico. Pagaremos de acuerdo al porcentaje de la superficie del cuerpo quemado. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.		
<b>Quemaduras de Segundo Grado</b>		
Menos del 10%	\$50	\$25
Al menos 10% pero menos del 25%	\$100	\$50
Al menos 25% pero menos del 35%	\$250	\$125
35% o más	\$500	\$250
<b>Quemaduras de Tercer Grado</b>		
Menos del 10%	\$500	\$250
Al menos 10% pero menos del 25%	\$2,500	\$1,250
Al menos 25% pero menos del 35%	\$5,000	\$2,500
35% o más	\$10,000	\$5,000
<b>LESIONES OCULARES</b> Pagadero para las lesiones oculares si, debido a un accidente cubierto, un médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.	\$300	\$200
<b>FRACTURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se fractura un hueso debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la fractura requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por dicho hueso. Para las fracturas múltiples (más de una fractura en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio por el hueso fracturado al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una fractura astillada (una parte de hueso que se separa completamente cerca de una articulación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde al hueso afectado. Este beneficio no es pagadero para fracturas por estrés.	Hasta \$3,000 basado en un programa	Hasta \$1,500 basado en un programa
<b>LUXACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se disloca una articulación debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la luxación requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por esa articulación. Pagaremos beneficios solo por la primera luxación de una articulación. No pagaremos por luxaciones recurrentes de la misma articulación. Si el asegurado sufre la luxación de una articulación antes de la fecha de vigencia de su certificado y después se luxa la misma articulación nuevamente, ésta última no estará cubierta por el plan. Para las luxaciones múltiples (más de una articulación luxada en un accidente), pagaremos un máximo de 200% de la cantidad del beneficio para la articulación luxada al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una luxación parcial (la articulación no está completamente separada, incluyendo una subluxación), pagaremos el 25% de la cantidad que corresponde a la articulación afectada.	Hasta \$3,000 basado en un programa	Hasta \$1,500 basado en un programa
<b>LACERACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado sufre una laceración debido a un accidente cubierto y la laceración es reparada por un médico. Para múltiples laceraciones, pagaremos un máximo de 200% del beneficio de la mayor laceración simple que necesita puntos. Las laceraciones que requieran puntos (incluyendo el adhesivo líquido para la piel):		
Menos de 15 centímetros	\$50	\$25
5-15 centímetros	\$200	\$100
Más de 5 centímetros	\$400	\$200
Laceraciones que no requieren puntos	\$25	\$12.50

<b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$400	\$200
<b>TARIFAS DE LOS CENTROS POR CIRUGÍA AMBULATORIA</b> (cirugía realizada en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero una vez por cada Beneficio de Cirugía Ambulatoria y Anestesia elegible (en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio).	\$100	\$25
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia; máximo de dos procedimientos por accidente, dentro de un año del accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en este plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$50	\$25
<b>CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN Y ANESTESIA</b> (por día/dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico con hospitalización realizado por un médico. La cirugía debe ser realizada mientras el asegurado está internado en un hospital como paciente interno. Si un procedimiento quirúrgico con hospitalización está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.	\$750	\$375
<b>TRANSPORTE</b> (distancia mayor a 100 millas desde la residencia del asegurado, 3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero para el transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y necesita un tratamiento en un hospital o un estudio de diagnóstico recomendado por el médico, que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.	\$400 Aéreo \$200 Cualquier transporte terrestre	\$200 Aéreo \$100 Cualquier transporte terrestre
<b>BENEFICIO DEL ASEGURADO SUCESOR</b> Si la cobertura para cónyuge está vigente en el momento de fallecimiento del empleado, el cónyuge sobreviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría de acuerdo al plan existente y además incluiría cualquier cobertura para hijo dependiente vigente en dicho momento.		
Los Procedimientos Quirúrgicos pueden incluir, pero no están limitados a, la reparación quirúrgica de: rotura de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotatorio, desgarró del cartílago de la rodilla, injertos cutáneos, reemplazo de una articulación, lesiones internas que requieren abrir el abdomen o cirugía torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario, debido a una lesión accidental.		
<b>BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>
<b>APARATOS MÉDICOS</b> (dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si, como consecuencia de una lesión causada por un accidente cubierto, el médico aconseja al asegurado utilizar un aparato médico que figura en la lista para facilitar la locomoción personal. Bastón, Tobillera	\$40	\$20
Andador, Muletas, Aparatos Ortopédicos para la Pierna, Collar Cervical, Bota Ortopédica, Silla de Ruedas, Andador de Rodilla, Corsé Torácico, Soporte Ortopédico para la Espalda	\$100	\$50
<b>TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POR ACCIDENTE</b> (máximo de 6 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días del accidente) Pagadero para el tratamiento de seguimiento recetado por un médico, por lesiones sufridas en un accidente cubierto. Los tratamientos de seguimiento no incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla. Los procedimientos quiroprácticos o de acupuntura tampoco se consideran tratamiento de seguimiento.	\$50	\$25
<b>TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero si se ha diagnosticado PTSD al asegurado, una afección de salud mental causada por un accidente cubierto. El asegurado debe satisfacer los criterios de diagnóstico de PTSD detallados en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders IV, DSM IV-TR) y deberá encontrarse bajo el cuidado activo, ya sea de un psiquiatra o de un psicólogo que haya obtenido un doctorado (Ph.D, <i>Doctor of Philosophy</i> ).	\$200	\$100

<p><b>UNIDAD DE REHABILITACIÓN</b> (máximo de 31 días por hospitalización, no más de 62 días en total por año calendario por cada asegurado)</p> <p>Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un asegurado recibe tratamiento como paciente interno en un centro de rehabilitación. Para que este beneficio sea pagadero, el asegurado debe ser transferido al centro de rehabilitación para el tratamiento, posterior a una hospitalización como paciente interno.</p> <p>No pagaremos el beneficio de centro de rehabilitación por los mismos días que se paga el beneficio por hospitalización. Pagaremos el beneficio más alto que califique.</p>	\$100 por día	\$50 por día
<p><b>TERAPIA</b> (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado es sometido a un tratamiento de terapia recetado por el médico en una de las siguientes categorías: fisioterapia suministrada por un fisioterapeuta con licencia, terapia ocupacional suministrada por un terapeuta ocupacional con licencia o terapia del habla suministrada por un terapeuta del habla con licencia.</p>	\$25	\$15
<p><b>QUIROPRAXIA O TERAPIA ALTERNATIVA</b> (máximo de 6 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero si, debido a las lesiones causadas por un accidente cubierto, el asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropráctico.</p>	\$25	\$15
<b>BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>ALTO</b>	<b>BAJO</b>
<p><b>ADMISIÓN AL HOSPITAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero cuando el asegurado es ingresado a un hospital y permanece internado como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, por tratamiento en sala de emergencia ni por tratamiento ambulatorio.</p>	\$1,000 por hospitalización	\$500 por hospitalización
<p><b>HOSPITALIZACIÓN</b> (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en un hospital como paciente interno, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización y el asegurado es internado nuevamente dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero solo por una hospitalización por vez, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta. Este beneficio no es pagadero por la hospitalización en una unidad de observación o en un centro de rehabilitación.</p>	\$200 por día	\$100 por día
<p><b>CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL</b> (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Pagaremos los beneficios solo por una hospitalización por vez en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y el asegurado es internado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos que esta hospitalización forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.</p>	\$200 por día	\$100 por día
<p><b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIOS</b> (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)</p> <p>Pagadero por cada día que el asegurado esté internado en una unidad de cuidados intensivos intermedios, debido a una lesión accidental cubierta.</p> <p>Pagaremos los beneficios solo por una hospitalización por vez en la unidad de cuidados intensivos intermedios, incluso si la misma es causada por más de una lesión accidental cubierta.</p> <p>Si pagamos beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos intermedios y el asegurado es internado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos intermedios dentro de los 6 meses debido a la misma afección, consideraremos que esta hospitalización forma parte del mismo período de hospitalización.</p> <p>Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización.</p>	\$100 por día	\$50 por día



**ALOJAMIENTO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA** (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, un máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)  
 Pagadero por cada noche de alojamiento en un motel/hotel/lugar de alquiler para un miembro adulto de la familia inmediata del asegurado. Para que este beneficio sea pagadero:

- El asegurado debe estar internado en un hospital para tratamiento de una lesión accidental cubierta;
- El hospital y el motel/hotel deben estar a más de 100 millas de la residencia del asegurado; y
- El tratamiento debe ser recetado por el médico que está atendiendo al asegurado.

\$200  
por día

\$100  
por día

**BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA**

**ALTO**

**BAJO**

**DESMEMBRAMIENTO** (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)  
 Pagadero si un asegurado pierde una mano o pie o experimenta la pérdida de la vista como resultado de un accidente cubierto.  
 Desmembramiento significa:

- Pérdida de una mano -La mano es seccionada en la articulación de la muñeca o más arriba;
- Pérdida de un pie -El pie es seccionado en el tobillo o más arriba;
- Pérdida de un dedo de la mano o del pie - El dedo de la mano o del pie es seccionado en la articulación o por encima donde se encuentra unido a la mano o al pie; o
- Pérdida de la vista - Se perdió al menos el 80% de la visión de un ojo (dicha pérdida de la vista deber ser permanente e irrecuperable).

Si el Beneficio por Desmembramiento es pagado y luego el asegurado fallece como resultado del mismo accidente cubierto, pagaremos el beneficio por muerte que corresponda (si el beneficio está disponible), menos cualquier cantidad pagada bajo este beneficio.

**PÉRDIDA DE UNO O MÁS DEDOS DE LA MANO O DEL PIE**

Empleado  
 Cónyuge  
 Hijo(s)

\$1,250  
\$1,250  
\$1,250

\$500  
\$500  
\$500

**DESMEMBRAMIENTO PARCIAL (INCLUYE POR LO MENOS UNA ARTICULACIÓN DE LOS DEDOS DE MANO O DEL PIE)**

Empleado  
 Cónyuge  
 Hijo(s)

\$125  
\$125  
\$125

\$62.50  
\$62.50  
\$62.50

**PARÁLISIS** (una vez por accidente, diagnosticado por un médico dentro de los seis meses posteriores al accidente)  
 Pagadero si el asegurado sufre la pérdida permanente del movimiento de dos o más extremidades durante más de 90 días (En Utah, 30 días) como consecuencia de una lesión accidental cubierta.

Paraplejía  
 Cuadriplejía

\$5,000  
\$10,000

\$2,500  
\$5,000

**PRÓTESIS** (una vez por accidente, hasta 2 dispositivos protésicos y un reemplazo por dispositivo por asegurado)\*  
 Pagadero cuando el asegurado recibe un dispositivo protésico, recetado por un médico, como consecuencia de una lesión accidental cubierta.

Dispositivo Protésico/Prótesis es un dispositivo artificial diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo. Este beneficio no es pagadero para audífonos, pelucas o dispositivos de ortodoncia (que incluyen dientes postizos), reparación o reemplazo de dispositivos protésicos\* y/o reemplazo de articulaciones.

\* Pagaremos el beneficio nuevamente una vez, para cubrir el reemplazo de una prótesis, por la cual ya se ha pagado un beneficio, siempre que el reemplazo tenga lugar dentro de los tres años del pago del beneficio inicial.

\$1,500

\$500

**MODIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA/VEHÍCULO** (una vez por accidente, dentro de un año posterior al accidente)

Pagadero para una modificación estructural permanente de la residencia principal o un vehículo del asegurado, cuando el asegurado sufre una de las siguientes pérdidas de manera total y permanente o irreversible, debido a una lesión accidental cubierta:

- La visión de un ojo;
- El uso de una mano/brazo; o
- El uso de un pie/pierna.

\$1,000

\$500

**CLÁUSULA ADICIONAL DE PRUEBAS PREVENTIVAS****ALTO****BAJO****BENEFICIO DE PRUEBAS PREVENTIVAS** (una vez por año calendario)

Pagadero para las pruebas preventivas realizadas como resultado del cuidado preventivo, incluyendo las pruebas y los procedimientos de diagnóstico solicitados con relación a los exámenes de rutina.

\$50  
Primer  
año del  
certificado y  
en adelante

\$30  
Primer  
año del  
certificado y  
en adelante

**CLÁUSULA ADICIONAL DE ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA****AMBOS  
PLANES****BENEFICIO POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA**

Pagaremos un porcentaje adicional de la cantidad pagadera del beneficio bajo el plan de Accidente de Aflac Group por lesiones accidentales cubiertas sufridas mientras participa en una actividad atlética organizada.

20%



## EXCLUSIONES POR ACCIDENTE INICIAL EXCLUSIONES

Las exclusiones del plan aplican a todas las cláusulas adicionales, a menos que se indique lo contrario.

No pagaremos beneficios por lesiones accidentales, incapacidad o muerte que hayan sido contribuidos a, causados por, o como resultado de\*:

- **Guerra** – participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no, o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o unidades auxiliares a las mismas, o contrataciones con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
  - En California: participar de manera voluntaria en la guerra, en cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación de manera voluntaria en una insurrección o disturbio.
  - En Idaho: participar en cualquier guerra o acto de guerra, declarada o no, o participar o servir en las fuerzas armadas o en unidades auxiliares a la misma. Además, la guerra incluye la participación en un disturbio o en una insurrección.
  - En Illinois: se elimina la frase “guerra no incluye actos de terrorismo”.
  - En Michigan: participar de manera voluntaria en la guerra o cualquier acto de guerra. Además, la guerra incluye la participación delictiva voluntaria en una insurrección, disturbio, conmoción civil o estado civil de beligerancia. Guerra no incluye actos de terrorismo.
  - En North Carolina: Guerra – participar de manera voluntaria en la guerra, cualquier acto de guerra o conflictos militares, declarados o no; o participar de manera voluntaria o servir en la milicia, las fuerzas armadas o una unidad auxiliar a la misma, o por contrato con cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado, cuando el asegurado se encuentre en dicho servicio). Además, la guerra incluye la participación civil en un disturbio activo. Guerra no incluye actos de terrorismo.
- **Suicidio** – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente.
  - En Montana: cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo
  - En Illinois, Michigan y Minnesota: esta exclusión no corresponde
- **Enfermedad** – tener cualquier enfermedad o afección física/mental o proceso degenerativo. Tampoco pagaremos los beneficios por:
  - Reacciones alérgicas
  - Cualquier infección o infestación bacteriana, viral o por microorganismo, o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En Illinois: cualquier infección bacteriana, excepto una infección que resulte de una lesión accidental o una infección que resulte de la ingestión accidental, involuntaria o sin intención de una sustancia contaminada; cualquier infección o infestación viral o por microorganismo; o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo. En North Carolina: cualquier infestación viral o por microorganismo o cualquier afección que resulte de las mordeduras o picaduras de un insecto, arácnido u otro artrópodo
  - Un error, accidente o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico por cualquier enfermedad
  - Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimiento de diagnóstico por dicha enfermedad
- **Lesiones Autoinfligidas** – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
  - En Idaho: lesión autoinfligida intencionalmente.
  - En Montana: lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente, estando cuerdo
  - En Michigan: esta exclusión no corresponde
- **Carreras** – estar a bordo o conducir cualquier vehículo motorizado en

una carrera, espectáculo de acrobacia o prueba de velocidad a capacidad profesional o semiprofesional.

- En Idaho: esta exclusión no corresponde
- **Ocupación Ilegal** – participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o un acto o una actividad ilegal o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.
  - En California, Nebraska y Tennessee: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave; o trabajar de manera voluntaria, o estar involucrado en una ocupación o trabajo ilegal.
  - En Illinois y Pennsylvania: cometer o intentar cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal
  - En Michigan: participar de manera voluntaria, cometer o intentar cometer un delito grave, o estar involucrado en una ocupación ilegal
  - En Idaho y South Dakota: esta exclusión no corresponde
- **Deportes** – participar en algún deporte organizado a capacidad profesional o semiprofesional, por un sueldo o ganancia.
  - En California y Idaho: participar en algún un deporte organizado a capacidad profesional, por un sueldo o ganancia
- **Cirugía Cosmética** – someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En Alaska, Massachusetts y Montana: someterse a una cirugía cosmética, otro procedimiento electivo o tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En California: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario (“cirugía cosmética” no incluye la cirugía reconstructiva cuando el servicio está relacionado o se realiza después de una cirugía resultante de un accidente cubierto); o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto.
  - En Idaho: someterse a una cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario o someterse a un tratamiento dental, excepto como resultado de un accidente cubierto. La cirugía cosmética no deberá incluir cirugía reconstructiva debido a una Anomalia Congénita de un hijo dependiente cubierto.
- **Delito Hijo** (En Idaho solamente) – participación en un delito grave  
Para la Cobertura de 24 Horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones:  
Una lesión que surja de cualquier empleo.  
Una lesión o enfermedad cubierta por la compensación laboral (*worker's compensation*).  
En North Carolina: servicios o suministros para el tratamiento de una lesión o enfermedad laboral, que se paga conforme a la ley de compensación laboral de North Carolina, solo en la medida de que dichos servicios o suministros sean responsabilidad del empleado, del empleador o de la compañía aseguradora de compensación laboral, de acuerdo con la determinación final en el marco de la Ley de Compensación Laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de North Carolina que apruebe un acuerdo de resolución conforme a la Ley de Compensación Laboral de North Carolina.  
\*La frase “Contribuido por” no aplica en Illinois

## DEFINICIONES

**Aviso:** En New Hampshire, cuando se menciona “Tratamiento” se refiere a “Cuidado”.

**Lesión Accidental** significa un daño corporal accidental al asegurado que resulta de un evento traumático inesperado e imprevisible. Debe ser el resultado directo de un accidente y no el resultado de una enfermedad o una dolencia física. **Una Lesión Accidental Cubierta** es una lesión accidental que ocurre cuando la cobertura está vigente. Un **Accidente Cubierto** es un accidente ocurrido en o después de la fecha de entrada en vigencia como asegurado, mientras la cobertura esté en vigor, y que no esté específicamente excluido en el plan.

**Centro de Cirugía Ambulatorio** se define como un centro quirúrgico autorizado que consta de una sala de operaciones; instalaciones para administrar anestesia general; y una sala de recuperación para después de la cirugía, en el cual el paciente es ingresado y dado de alta dentro de un período de menos de 24 horas.

**Hijo Dependiente o Hijos Dependientes** se refiere a los hijos naturales, hijastros, nietos, suyos o de su cónyuge, quienes están bajo su custodia legal y que residen con usted, niños en custodia temporal, niños sujetos a tutela legal, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción, que son menores de 26 años (y en Louisiana, deben estar solteros). Los hijos recién nacidos podrán estar cubiertos automáticamente a partir del momento del nacimiento, durante 60 días. Los niños recién adoptados (y los niños en custodia temporal en North Carolina y Florida) podrán también estar cubiertos automáticamente durante 60 días. Lea el certificado para más detalles.

**Médico** es una persona debidamente calificada para practicar las artes curativas dentro del ámbito de su licencia, y tiene licencia para practicar la medicina; prescribir y administrar medicamentos; o para realizar operaciones quirúrgicas, o es un médico debidamente calificado, de acuerdo con las leyes y reglamentos en el estado en el que se realiza el tratamiento.

En Montana, para los fines del tratamiento, el asegurado puede elegir libremente cualquier médico acreditado, asistente médico, dentista, osteópata, quiropráctico, optometrista, podólogo, psicólogo, trabajador social acreditado, asesor profesional acreditado, acupunturista, médico naturópata, fisioterapeuta, patólogo del habla, audiólogo, consejero sobre adicciones acreditado o enfermero registrado con práctica avanzada.

**Un Médico** no incluye al asegurado ni a un miembro de la familia del asegurado. Sin embargo, en South Dakota, un médico que es miembro de la familia del empleado podrá tratar al asegurado si dicho médico es el único en el área y se desempeña en el ámbito de su práctica. Para los fines de esta definición, un miembro de la familia incluye al cónyuge del empleado, así como también a los siguientes miembros de la familia inmediata del empleado: hijo, hija, madre, padre, hermana y hermano. Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y los miembros de la familia política.

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

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

**Cónyuge** es su esposa legal, esposo legal o pareja en una unión reconocida legalmente. Consulte su certificado para detalles.

**Servicio de Telemedicina** significa una consulta médica a un médico mediante comunicación por audio o video que asiste en la evaluación, diagnóstico y consulta de un paciente.

**Tratamiento** se refiere a la consulta, cuidado o servicios proporcionados por un médico. Esto incluye recibir cualquier medida de diagnóstico y tomar fármacos y medicamentos recetados. El tratamiento no incluye los servicios de telemedicina.

**Cuidado de Urgencia** es una clínica sin cita previa que presta cuidado ambulatorio en un centro médico especializado para enfermedades o lesiones que requieren cuidado inmediato pero que no son lo suficientemente graves para necesitar una visita a una sala de emergencia.

## BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

**Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital** es el lugar que cumple todos los siguientes criterios:

- Es un área específicamente designada del hospital, denominada unidad de cuidados intensivos en un hospital;
- Provee el nivel más alto de cuidado médico;
- Está restringida a pacientes que están gravemente enfermos o lesionados y que requieren observación y cuidado integral e intensivo;
- Está separada y alejada de la sala de recuperación quirúrgica y de las habitaciones, camas y salas reservadas usualmente para hospitalización de pacientes;
- Está equipada de manera permanente con equipo especial para salvar vidas para el cuidado de quienes están gravemente enfermos o lesionados;
- Está bajo la observación minuciosa por el personal de enfermería especialmente entrenado, asignado exclusivamente a la unidad de cuidados intensivos en un hospital, las 24 horas del día; y
- Cuenta con un médico asignado a tiempo completo a la unidad de cuidados intensivos en un hospital.

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, incluidas, entre otros, 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.

**Unidad de Cuidados Intensivos Intermedios** significa cualquiera de las siguientes:

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

Una unidad de cuidados intensivos intermedios no es una unidad de cuidados intensivos en un hospital según se define en este plan.

## BENEFICIOS DE CUIDADO POSTERIOR

**Psiquiatra** es un doctor en medicina que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales.

**Psicólogo** es un profesional de la salud mental y clínica que trabaja con pacientes.

Un psicólogo no es un doctor en medicina, que brinda normalmente intervenciones médicas y terapias de medicamento, sino que proporciona análisis y orientación.

**Centro de Rehabilitación** es una unidad o centro que brinda servicios multidisciplinarios coordinados para restauración física. Estos servicios deben brindarse a pacientes internos bajo la dirección de un médico. El médico debe contar con conocimiento y experiencia en medicina de rehabilitación. Las camas deben ubicarse en una unidad o centro específicamente designadas y con el personal adecuado para este servicio. No es un centro para el tratamiento del alcoholismo o la adicción a las drogas.

## CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDAD ATLÉTICA ORGANIZADA EXCLUSIONES

El Beneficio por Actividades Atléticas Organizadas no es pagadero por lesiones accidentales que han sido causadas por o que ocurran como consecuencia de la participación de un asegurado en cualquier deporte o actividad deportiva por un sueldo, compensación o ganancia, incluyendo dirigir, entrenar, o conducir cualquier tipo de vehículo en un evento organizado (en Idaho, a capacidad profesional).

Este beneficio tampoco es pagadero por lesiones accidentales que ocurren durante o que se deban a clases de educación física (excepto en Idaho).

## DEFINICIÓN

**Una Actividad Atlética Organizada** significa una competencia atlética o una práctica organizada supervisada para una competencia atlética. Las Actividades Atléticas Organizadas se llevan a cabo con regularidad basándose en una programación fija, a menudo durante una temporada predeterminada. La competencia debe regirse por un conjunto de reglas escritas y arbitrada por alguien certificado para ejercer a ese nivel. La competencia también debe ser supervisada por una entidad jurídica como un sistema escolar público o una liga deportiva. La entidad jurídica debe tener un conjunto de estatutos y la competencia se debe llevar a cabo en una superficie de juego regulada. La participación debe ser a nivel de aficionado.

## USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

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

## TERMINACIÓN DE COBERTURA

Su seguro puede terminar cuando el plan termine; 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 deja de pertenecer a una clase en la que califica. Si su cobertura termina, proporcionaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras la cobertura estaba en vigor. Lea el certificado para obtener más detalles.

**Si esta cobertura reemplazara alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que tal vez, lo más conveniente para usted sea 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.**

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

[aflacgroupinsurance.com](http://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 que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece. Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o comunicándose con nuestro Centro de Servicios al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones de la Póliza Serie C70000. En Arkansas, C70100AR. En Idaho, C70100ID. En Oklahoma, C70100OK. En Oregon, C70100OR. En Pennsylvania, C70100PA. En Texas, C70100TX. En Virginia, C70100VA.