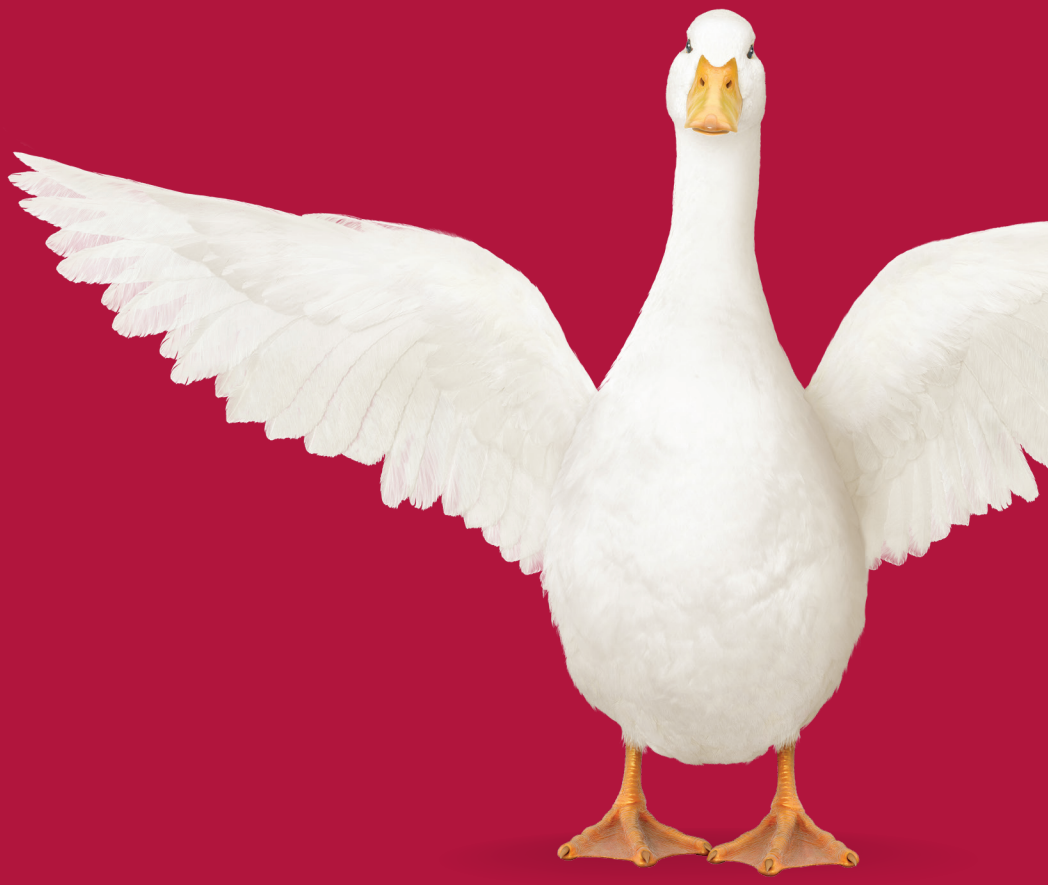
Aflac

Group Critical Illness

SEGURO – EL PLAN INCLUYE BENEFICIOS POR CÁNCER Y EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Nos ocupamos de sus gastos mientras usted se ocupa de cuidar de su salud.



Aflac®

AFLAC GROUP CRITICAL ILLNESS

Aflac puede ayudar a aliviar las presiones financieras que pueden surgir en el transcurso de una enfermedad grave.

Es muy probable que conozca a alguien que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave. Es inevitable notar la diferencia en la vida de la persona, tanto a nivel físico como emocional. Lo que no es tan evidente es el impacto que una enfermedad grave puede tener sobre las finanzas personales de cualquier persona.

Esto ocurre porque a pesar de que un plan médico principal puede pagar una buena porción de los costos asociados con una enfermedad grave, hay muchos otros gastos que podrían no estar cubiertos. Además, durante la recuperación, tener que preocuparse por los gastos pagados del propio bolsillo es lo último que alguien necesita.

Este es el beneficio de un plan colectivo de Aflac Group Critical Illness.

Puede ayudarlo a pagar los costos del tratamiento de enfermedades graves cubiertas, como un ataque cardíaco o un derrame cerebral.

Más importante aún, el plan le ayuda a enfocarse en la recuperación, en lugar de estar preocupado por los gastos pagados del propio bolsillo. Con el plan de Enfermedad Grave, usted recibe beneficios en efectivo pagados directamente a usted (a menos que se asignen de otro modo)—dándole la flexibilidad para ayudar a pagar las facturas relacionadas con el tratamiento o ayudarle con los gastos diarios.

Lo que necesita, cuando lo necesite.

El seguro colectivo de enfermedad grave paga beneficios en efectivo que usted puede utilizar de cualquier manera que considere conveniente.

Esta es la razón por la cual el plan colectivo de Aflac Group Critical Illness puede ser adecuado para usted.

Por más de 60 años, Aflac se ha dedicado a ayudar a proveer a las personas y a las familias tranquilidad y seguridad financiera cuando más lo han necesitado. El plan colectivo de Aflac Group Critical Illness es tan solo otra manera innovadora de ayudar a asegurarse de que usted esté bien protegido.

Pero esto no es todo. Tener un seguro colectivo de enfermedad grave de Aflac significa que usted podría haber añadido recursos financieros para ayudar con los gastos médicos o con los gastos continuos de la vida diaria.

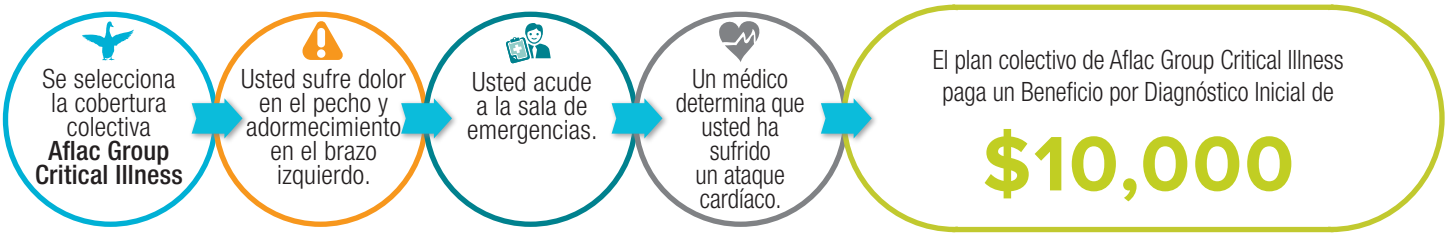
Los beneficios del plan colectivo de Aflac Group Critical Illness incluyen:

- Beneficio por Enfermedad Grave pagadero por:
  - Cáncer
  - Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio)
  - Derrame Cerebral
  - Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Final)
  - Trasplante de Órgano Principal
  - Trasplante de Médula Ósea (Trasplante deCélulas Madre)
  - Paro Cardíaco Súbito
  - Cirugía de Derivación de Arterias Coronarias
  - Cáncer no Invasivo
  - Cáncer de Piel
  - Coma
  - Quemaduras Graves
  - Parálisis
  - Pérdida de la Vista /la Audición /del Habla
- Beneficio por Evaluación Médica Preventiva

Características:

- Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se asignen de otro modo.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos dependientes.
- La cobertura podría continuar (bajo ciertas estipulaciones). Eso significa que, si cambia de trabajo o se jubila, usted podrá continuar con el mismo plan.

Cómo funciona



El monto pagadero se basa en el Beneficio por Diagnóstico Inicial de $10,000.

Para obtener más información, contacte a su agente o emisor de seguros, llame al 1.800.433.3036, o visite aflacgroupinsurance.com.

Resumen de Beneficios

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE CARDÍACO (Infarto de Miocardio)	100%
DERRAME CEREBRAL (Infarto de Miocardio)	100%
TRASPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL (25% de este beneficio es pagadero para los asegurados colocados en una lista de trasplante para un trasplante de órgano principal)	100%
INSUFICIENCIA RENAL (Insuficiencia Renal en Etapa Final)	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)	100%
PARO CARDÍACO SÚBITO	100%
QUEMADURA GRAVE*	100%
PARÁLISIS**	100%
COMA**	100%
PÉRDIDA DEL HABLA / LA VISTA / LA AUDICIÓN**	100%
CÁNCER NO INVASIVO	25%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS	25%

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. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer. Los beneficios se basarán en el monto nominal vigente a la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

DIAGNÓSTICO ADICIONAL
Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave que sea diferente a la primera después que las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos 6 meses consecutivos. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

*Este beneficio solo se paga por una quemadura debida a, ocasionada por, y atribuida a, un accidente cubierto.
**Estos beneficios son pagaderos por la pérdida ocasionada por una enfermedad subyacente cubierta o un accidente cubierto.

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. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

COBERTURA PARA LOS HIJOS SIN COSTO ADICIONAL
Cada hijo dependiente está cubierto al 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal, sin costo adicional. La cobertura para niños solamente no está disponible.

BENEFICIO PARA CÁNCER DE PIEL
Pagaremos $250 por el diagnóstico de cáncer de piel. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

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 quedarán exentas hasta 24 meses, sujeto a los términos del plan.

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.

BENEFICIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA (Empleado y Cónyuge Solamente)
Pagaremos $100 por evaluaciones médicas preventivas que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté vigente. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

Este beneficio es solo pagadero por evaluaciones médicas preventivas que se realicen como resultado del cuidado preventivo, lo que incluye pruebas y procedimientos de diagnóstico prescritos en relación con exámenes de rutina. Este beneficio es pagadero para el empleado y cónyuge cubiertos.
Este beneficio no se paga para hijos dependientes.

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS OPCIONALES

TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA	100%
ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA	100%

Estos beneficios se pagarán basándose en el valor nominal vigente a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave. Pagaremos el beneficio opcional si al asegurado se le diagnostica una de las condiciones de salud listadas en el cuadro de las cláusulas adicionales, si dicha cláusula adicional está vigente a la fecha del diagnóstico.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADE PROGRESIVA:

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA O ENFERMEDAD DE LOU GEHRIG)	100%
ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOSTENIDA	100%

Este beneficio se paga en base al monto de su Beneficio de Enfermedad Progresiva seleccionado. Pagaremos el beneficio que se indica, al momento del diagnóstico de una de las enfermedades cubiertas, si dicha cláusula está vigente a la fecha del diagnóstico.

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

CLÁUSULA DE AFECCIONES INFANTILES

FIBROSIS QUSTICA	100%
PARÁLISIS CEREBRAL	100%
LABIO LEPORINO O FISURA DEL PALADAR	100%
SÍNDROME DE DOWN	100%
ENFERMEDAD DE DEFICIENCIA FENILCETONURIA (PKU)	100%
ESPINA BÍFIDA	100%
DIABETES TIPO 1	100%
	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.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

	Porcentaje del Monto Nominal
BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECIFICA CATEGORÍA I Enfermedad de Addison, Meningitis Cerebroespinal, Difteria, Corea de Huntington, Enfermedad del Legionario, Malaria, Distrofia Muscular, Miastenia Grave, Fascitis Necrosante, Osteomielitis, Poliomielitis (Polio), Rabia, Anemia Drepanocítica, Lupus Sistémico, Esclerosis Sistémica (Esclerodermia), Tétano, Tuberculosis. Pagaremos el beneficio indicado si a un asegurado se le diagnostica una de las enfermedades enumeradas y si la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está vigente. Para que sea cubierta cualquier Enfermedad Específica de la Categoría I Subsecuente, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica de la Categoría I Subsecuente debe ser dentro de los 180 días o más, después de la fecha en que el asegurado calificó por primera vez por cualquier Beneficio por Enfermedad Específica de Categoría I pagada anteriormente.	25%
BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECIFICA CATEGORÍA II Enfermedades Cubiertas: Coronavirus Humano 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 ser dentro de los 180 días o más, después de la fecha en que el asegurado calificó por primera vez por cualquier Beneficio por Enfermedad Específica de Categoría II pagada anteriormente.	10% si está internado en un hospital durante 4-9 días 25% si está internado en un hospital durante 10 días o más 40%si está internado a una unidad de cuidados intensivos

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Las referencias de los estados se refieren al estado de su grupo y no al estado de su residencia.

Este plan está segmentado por edad. Eso significa que sus tarifas pueden aumentar en la fecha de aniversario de la póliza.

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

Los Beneficios de la **Limitación del Diagnóstico de Cáncer** son pagaderos por cáncer y/o cáncer no invasivo, siempre y cuando el asegurado:

- No haya recibido tratamiento alguno por cáncer, durante al menos 12 meses antes de la fecha de diagnóstico; y
- Esté en remisión total antes de la fecha de un diagnóstico posterior, según lo evidenciado por la ausencia de presencia de cáncer en toda prueba clínica, radiológica, biológica y bioquímica.

EXCLUSIONES

No pagaremos por pérdida ocasionada por:

- **Lesiones Autoinfligidas** – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o actuar de modo tal que pueda causarse una autolesión;
  - En Alaska: lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente
- **Suicidio** – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente;
  - En Missouri: cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo
  - En Illinois y Minnesota: no aplica esta exclusión
- **Actos Ilegales** – participar o intentar participar en una actividad ilegal o trabajar en un empleo ilegal:
  - En Arizona: participar o intentar cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal;
  - En Florida:participar o intentar participar en una actividad ilegal o trabajar en una ocupación ilegal;
  - En Illinois y Pennsylvania: Ocupación Ilegal - cometer o intentar cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal;
  - En Michigan: Ocupación Ilegal – la comisión o intento de cometer aun delito grave, o estar involucrado en una ocupación ilegal;
  - En Nebraska: estar involucrado en una ocupación ilegal o comisión de o de intentar cometer un delito grave;
  - En Ohio: cometer o intentar cometer un delito grave o trabajar en un empleo ilegal
- **Participar en un Conflicto Violento:**
  - Guerra (declarada o no declarada) o conflictos militares;
    -En Florida: Gerra no incluye actos de terrorismo
    -En Oklahoma: Guerra o acto de guerra, declarada o no declarada, cuando participa en el servicio militar o en una unidad auxiliar del mismo
  - Insurrección o disturbio
  - Disturbio social o estado civil de beligerancia
- **Abuso de Sustancias Ilegales:**
  - Abuso de medicamentos obtenidos legalmente, mediante receta médica
  - Uso ilegal de medicamentos no recetados
  - En Arizona: Estar intoxicado o bajo la influencia de algún narcótico, a menos que sea administrado bajo el consejo de un médico
  - En Michigan, Nevada y South Dakota: no aplica esta exclusión

El diagnóstico, tratamiento, los exámenes y la hospitalización deben realizarse 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.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) significa el procedimiento en el cual se cambia la médula ósea dañada o destruida por células madre de una médula ósea sana. Para que el beneficio sea pagadero, el Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) debe ser causado por al menos una de las siguientes enfermedades:

- Anemia aplásica
- Neutropenia congénita
- Síndromes de inmunodeficiencia grave
- Anemia drepanocítica
- Talasemia
- Anemia de Fanconi
- Leucemia
- Linfoma
- Mieloma múltiple

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.
El cáncer (interno o invasivo) es una enfermedad que cumple con alguna de las siguientes definiciones:
Un tumor maligno que se caracteriza por:

- El crecimiento descontrolado y propagación de células malignas, y
- La invasión de tejidos distantes.

Una enfermedad que cumple con el criterio de diagnóstico de tumor maligno, según lo establece la Junta Americana de Patología (American Board of Pathology). Un patólogo debe examinar y proporcionar un informe de la arquitectura histocitológica o del patrón del tumor, tejido o muestra.
El cáncer (interno o invasivo) también incluye:

- Melanoma de Nivel III de Clark o superior, o cuya profundidad de Breslow sea igual o mayor a 0.77mm,
- Síndrome mielodisplásico – RCMD (citopenia refractaria con displasia de multilinaje),
- Síndrome mielodisplásico – RAEB (anemia refractaria con exceso de blastos),
- Síndrome mielodisplásico – RAEB-T (anemia refractaria con exceso de blastos en transformación), o
- Síndrome mielodisplásico – CMML (leucemia mielomonocítica crónica).

Los siguientes no son considerados cánceres internos o invasivos:

- Tumores premalignos o pólipos
- Carcinomas in Situ
- Cualquier de los cánceres de piel superficiales y no invasivos, incluyendo carcinoma de las células basales y 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 cáncer no invasivo es un cáncer que se encuentra en el lugar natural o normal, confinado al sitio de origen sin haber invadido el tejido vecino.
Para los fines del plan, un cáncer no invasivo es:

- Carcinoma Interno in Situ
- Síndrome Mielodisplásico – RA
- (anemia refractaria)
- Síndrome Mielodisplásico – RARS
- (anemia refractaria con sideroblastos)

El Cáncer de Piel, tal como se define en este plan, no es pagadero bajo el Beneficio por Cáncer no Invasivo.
El Cáncer de Piel es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos de la piel. Los siguientes se consideran cánceres de 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

Estas afecciones no se pagan bajo el Beneficio por Cáncer (interno o invasivo).

El cáncer, el cáncer no invasivo o el cáncer de piel deben ser diagnosticados utilizando uno de estos dos tipos de diagnóstico:

1. El Diagnóstico Patológico es un diagnóstico que se basa en un análisis microscópico de tejido fijo o muestras tomadas del sistema hematológico (sangre). Dicho diagnóstico debe ser realizado por un patólogo certificado y cumplir con los estándares de la Junta Americana de Patología.
2. El Diagnóstico Clínico se basa únicamente en el estudio de los síntomas. El diagnóstico clínico solo se aceptará si:
   - Un médico no puede realizar un diagnóstico patológico porque no es apropiado desde un punto de vista médico o porque pone en peligro la vida del paciente,
   - Existe evidencia médica para respaldar el diagnóstico, y

– Un médico lo está tratando por cáncer o carcinoma in situ

La Remisión completa significa no tener síntomas ni señales que pudieran ser identificados para indicar la presencia de cáncer.

Unión civil: En Washington D. C., la Unión Civil significa una relación similar al matrimonio reconocida por ley. En Illinois, la Unión Civil significa una relación legal entre dos personas, ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto, establecida de conformidad con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y la Unión Civil de Illinois.

Quemadura Grave o Quemado gravemente significa una quemadura resultante de fuego, calor, cáusticos, electricidad o radiación. La quemadura debe:

- Ser una quemadura de espesor total o de tercer grado, según lo determine un médico. Una quemadura de Espesor Total o de Tercer Grado es la destrucción de la piel en todo el espesor o profundidad de la dermis (o posiblemente en los tejidos subyacentes). Esto da lugar a la pérdida de líquido y a veces a un shock.
- Causar una desfiguración cosmética en la superficie del cuerpo de al menos 35 centímetros cuadrados.
- Ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente un accidente cubierto.

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

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

Coma no incluye un coma inducido médicamente.

Para que sea pagadero como un beneficio por Accidente, el coma debe ser causado únicamente por o atribuirse exclusivamente a un accidente cubierto. Para que se considere una enfermedad grave, el coma debe ser causado únicamente por o atribuirse exclusivamente a una de las siguientes enfermedades:

- Aneurisma Cerebral
- Diabetes
- Encefalitis
- Epilepsia
- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Meningitis Unión civil: En Washington D. C., la Unión Civil significa una relación similar al matrimonio reconocida por ley. En Illinois, la Unión Civil significa una relación legal entre dos personas, ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto, establecida de conformidad con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y la Unión Civil de Illinois.

Parálisis o Paralizado significa la pérdida permanente, total e irreversible de la función muscular de la totalidad de al menos dos miembros. Para ser pagadera como beneficio por Accidente, la parálisis debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a un accidente cubierto. Para que se considere una enfermedad grave, la parálisis debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a una o más de las siguientes enfermedades:

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

El diagnóstico de parálisis debe estar respaldado por pruebas neurológicas.
La pérdida de la Vista es la pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos. Para ser pagada como beneficio por Accidente, la pérdida de la vista debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente un accidente cubierto. Para que se considere una enfermedad grave, la pérdida de la vista debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente una de las siguientes enfermedades:

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

La pérdida del habla es la pérdida total y permanente de la capacidad de hablar. Para ser pagada como beneficio por Accidente, la pérdida del habla debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a un accidente cubierto. Para que se considere una enfermedad grave, la pérdida del habla debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de Alzheimer
- Malformación arteriovenosa

Pérdida del oído significa la pérdida total e irreversible de la audición en ambos oídos. La pérdida del oído no incluye la pérdida de audición que pueda corregirse mediante el uso de un audífono o dispositivo. Para ser pagada como beneficio por Accidente, la pérdida del oído debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a un accidente cubierto. Para que se considere una enfermedad grave, la pérdida del oído debe ser causada únicamente por o atribuirse exclusivamente a una de las siguientes enfermedades:

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

La Cirugía de Derivación de Arterias Coronarias significa cirugía de corazón abierto para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de derivación y cuando dicho estrechamiento o bloqueo se atribuye a la enfermedad arterial coronaria o síndrome coronario agudo. Esto excluye cualquier procedimiento no quirúrgico, tales como, pero no limitado a, angioplastía con balón, tratamiento con láser, o stents.

Una Enfermedad Grave es una enfermedad o afección tal como se define en el plan que se manifiesta primero, mientras su cobertura está vigente. En Illinois, la enfermedad grave es una enfermedad o afección que ocurren a causa de una enfermedad subyacente que comienza mientras la cobertura del asegurado está en vigencia. En South Dakota, una enfermedad grave es una enfermedad o afección que se manifiestan mientras la cobertura está vigente.

La fecha del diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre): La fecha en que se realiza la cirugía.
- 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).
- 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 o Bypass Coronario: 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 Vista, del Habla o de la Audición: 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 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.
- 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 se produce la quemadura.
- Cáncer de Piel: La fecha en que se toman las muestras de biopsia de piel para examinar con microscopio.
- Derrame Cerebral: La fecha en que ocurre el derrame cerebral (en base a 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).

Dependiente significa el cónyuge o hijo dependiente. El cónyuge es la esposa o el esposo legal (En Delaware, Illinois, Nevada, Oregon, o Washington DC o una persona que sea pareja de hecho o esté vinculada con usted por unión civil o relación similar legalmente reconocida), incluidos en la solicitud. Los hijos dependientes son sus hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción que sean menores de 26 años de edad (en Indiana, incluye a los niños sujetos a tutela legal). Los niños recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento.

Existe una excepción para el límite de edad de 26 años mencionado anteriormente. Este límite no se aplicará a los hijos dependientes que no puedan mantener un empleo autosuficiente debido a una incapacidad mental o física y que dependan (en Arkansas, que dependan principalmente) del sustento de un padre. El empleado o el cónyuge del empleado deben presentar prueba de esta incapacidad y dependencia a la empresa dentro de los 60 días (en Indiana, 120 días) posteriores al 26.° cumpleaños del hijo.

- En South Dakota, este límite no se aplicará a los hijos que no puedan mantener un empleo autosuficiente y que dependan principalmente del asegurado para su sustento financiero.
- En Texas, este límite no se aplicará a los hijos dependientes que no puedan mantener un empleo autosuficiente debido a una incapacidad mental o física y que dependan de un padre para su sustento financiero. Hijos dependientes también puede incluir nietos solteros menores de 26 años y si son sus familiares dependientes para los fines del impuesto federal sobre la renta o si usted está obligado a cubrir los gastos médicos en virtud de una orden emitida de conformidad con el Capítulo 154 del Código de Familia, o que pueda ser ejecutada por un tribunal en este estado.
- En New Mexico, se puede brindar cobertura a hijos de padres con o sin custodia.

- En Illinois, la cobertura de un hijo dependiente soltero menor de 30 años que participó en las fuerzas militares no caducará si es residente de Illinois, fue miembro activo o de reserva de cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y ha recibido la baja (que no sea una baja deshonrosa). Para ser elegible para la cobertura, el familiar dependiente elegible debe presentarnos un formulario aprobado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de Illinois, indicando la fecha en que recibió la baja del servicio.
- En Louisiana, los hijos dependientes deben ser solteros y también podrán incluir a nietos que vivan con un abuelo que también ejerza la custodia legal. En cuanto a la excepción del límite de 26 años, no requerimos prueba de incapacidad y dependencia con mayor frecuencia a una vez por año después del período de dos años una vez que el niño alcance la edad límite.

Diagnóstico (Diagnosticado) se refiere a la identificación definitiva y precisa de una enfermedad o afección que:
- Fue realizado por un médico y
- Se basa en investigaciones clínicas o de laboratorio y está respaldada por sus historiales médicos.

Médico es una persona que está:
- Legalmente calificada para ejercer la medicina,
- Autorizada como médico por el estado en el cual se recibe el tratamiento, y
- Autorizada para tratar el tipo de afección para el cual se efectúa la reclamación.
- En Montana, para los fines del tratamiento, usted puede elegir libremente cualquier médico acreditado, asistente de médico, dentista, osteópata, quiropráctico, optometrista, podiatra, trabajador social acreditado, psicólogo, asesor profesional autorizado, acupunturista, médico naturópata, terapeuta físico o enfermero registrado con práctica avanzada.
- En New Mexico, un médico es además, un profesional experto en el arte de curar.

Un médico no lo incluye a usted ni a ningún miembro de su familia.
- En South Dakota, un médico que es su familiar podrá tratarlo si dicho médico es el único en el área y se desempeña dentro de los límites de su práctica.

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.

Pareja de Hecho:
- En Washington D. C., La Pareja de Hecho es un adulto soltero del mismo sexo o del sexo opuesto que reside con usted y se ha registrado con usted ante un registro estatal o local de parejas de hecho.
- En Nevada, La Pareja de Hecho es la persona que forma parte de una sociedad de hecho válida, no ha finalizado la sociedad de hecho y reúne los requisitos de una sociedad de hecho válida. A fin de celebrar una sociedad de hecho válida, las dos personas deben registrarse en el estado de Nevada cuando se establezca dicha sociedad; para ello, deberán proporcionar prueba al estado de Nevada que demuestre que ambas personas viven juntas, que ninguna de ellas está casada ni es miembro de otras sociedades de hecho, que ambas personas no tienen vínculo sanguíneo alguno que les impida casarse en el estado de Nevada, que ambas personas son mayores de 18 años y que son competentes para prestar consentimiento de dicha sociedad de hecho.

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) es la muerte de una porción del músculo cardíaco (miocardio) que ocurre a causa de un bloqueo de una o más de las arterias coronarias debido a enfermedad arterial coronaria o síndrome coronario agudo.

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 Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) debe incluir lo siguiente:
- Resultados electrocardiográficos (ECG, por sus siglas en inglés) 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) significa insuficiencia renal en etapa final ocasionada por enfermedad renal en etapa final que resulta en una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones para funcionar.

La Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Final) solo está cubierta 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.

La Farmacoterapia de Mantenimiento es un régimen de medicamentos que se le receta al paciente después de que el cáncer está en remisión total, debido a un tratamiento principal. La Farmacoterapia de Mantenimiento incluye terapia hormonal continua, inmunoterapia o terapia de quimioprevención. El propósito de la Farmacoterapia de Mantenimiento es disminuir el riesgo de reaparición del cáncer; su objetivo no es tratar el cáncer aún presente.
Trasplante de Órgano Principal significa someterse a cirugía como receptor de un trasplante cubierto de un corazón humano, pulmón, hígado, riñón o páncreas. El trasplante debe realizarse a causa de una o más de las siguientes enfermedades:
- Bronquiectasia
- Cardiomiopatía
- Cirrosis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad Cardíaca Congénita
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Fibrosis quística
- Hepatitis
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Linfagioleiomiomatosis.
- Enfermedad hepática poliquística
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Sarcoidosis
- Valvulopatía cardíaca

El beneficio por Trasplante de Órgano Principal no es pagadero si el trasplante de órgano principal resulta de una enfermedad grave cubierta por la que se ha pagado un beneficio.

Parte de una unión civil: En Illinois, significa una persona que ha establecido una unión civil de conformidad con la Ley de Protección de Libertad Religiosa y Unión Civil de Illinois.

El patólogo es un médico acreditado:
- Para ejercer la medicina; y
- Por la Junta Estadounidense de Patología para practicar anatomía patológica.

El término patólogo también incluye a un patólogo osteopático certificado por la Junta Osteopática de Patología.
Señales o síntomas son la evidencia de enfermedad o trastornos físicos observados por un médico u otro profesional médico. El médico (u otro profesional médico) debe observar estos síntomas mientras ejerce dentro de los límites de su licencia.
Derrame Cerebral significa una apoplejía debido a la ruptura u oclusión aguda de una arteria cerebral. La apoplejía debe causar una pérdida completa o parcial del funcionamiento que afecte el movimiento o sensación de una parte del cuerpo y debe durar más de 24 horas. El derrame cerebral debe ser:
- Isquémico: Debido a arteriosclerosis avanzada o arteriosclerosis de las arterias del cuello o del cerebro, o embolismo vascular, o
- Hemorrágico: Debido a presión arterial alta no controlada, hipertensión maligna, aneurisma cerebral o malformación arteriovenosa.

El derrame cerebral debe tener un diagnóstico positivo de un médico en base a déficit neurológico documentado y estudios de neuroimagen de confirmación.
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

El derrame cerebral se cubrirá solamente si el Asegurado presenta evidencia de daño neurológico evidenciado al proporcionar lo siguiente:
- Imagines de Tomografía Axial Computarizada (TAC), o
- Imagen de Resonancia Magnética (IRM).

Paro Cardíaco Súbito es la pérdida repentina e inesperada de la función cardíaca en la cual el corazón, de manera abrupta y sin advertencia, deja de funcionar como resultado de un fallo cardíaco del sistema eléctrico interno debido a enfermedad arterial coronaria, cardiomiopatía o hipertensión.
El Paro Cardíaco Súbito no es un ataque cardíaco (infarto de miocardio). El beneficio por paro cardíaco súbito no es pagadero si dicho paro es causado por o fue contribuido por un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

Incapacidad Total o Totalmente Incapacitado significa que usted:
- No tiene un trabajo por el cual reciba sueldo o beneficios,

- Está bajo el cuidado de un médico para el tratamiento de una enfermedad grave cubierta, y
- No Puede Trabajar, lo que significa que:
  - Durante los primeros 365 días de la incapacidad total, está imposibilitado para trabajar en la ocupación que realizaba al comenzar su incapacidad total; o
  - Después de los primeros 365 días de incapacidad total, está imposibilitado para trabajar en alguna ocupación remunerada para la cual está debidamente capacitado, de acuerdo con su nivel de educación, capacitación o experiencia.
  - En Ohio, no poder trabajar se define como la incapacidad para realizar tareas de alguna ocupación remunerada para la cual está debidamente capacitado, de acuerdo con su nivel de capacitación, experiencia y logros.

Tratamiento o Tratamiento Médico se refiere a la consulta, atención o servicios proporcionados por un médico. Esto incluye someterse a pruebas de diagnóstico y tomar medicamentos y fármacos recetados.
Libre de tratamiento contra el cáncer se refiere al período de tiempo en el cual el paciente no está recibiendo consulta, atención o servicios de un médico. Esto incluye someterse a pruebas de diagnóstico y tomar medicamentos y fármacos recetados. El tratamiento no incluye farmacoterapia de mantenimiento ni visitas de seguimiento de rutina para verificar la recurrencia del cáncer o del carcinoma in situ.
En Montana, la consulta no es considerada tratamiento o tratamiento médico.

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS OPCIONALES
Fecha de Diagnóstico se define como:

- Enfermedad de Alzheimer Avanzada: La fecha en la que un médico diagnostica al asegurado como incapacitado debido a la enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad de Parkinson Avanzada: La fecha en la que un médico diagnostica al asegurado como incapacitado debido a la enfermedad de Parkinson.
- Tumor Cerebral Benigno: La fecha en la que un médico determina la existencia de un tumor cerebral benigno basándose en el examen de tejidos (biopsia o escisión quirúrgica) o de un examen neurorradiológico específico.

Beneficio opcional por una de las enfermedades definidas a continuación y que se indican en el cuadro de la cláusula adicional: Enfermedad de Alzheimer Avanzada significa la enfermedad de Alzheimer que causa la incapacidad del asegurado. La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa progresiva del cerebro que es diagnosticada por un psiquiatra o neurólogo como Enfermedad de Alzheimer.

Para estar incapacitado debido a la Enfermedad de Alzheimer, el asegurado debe:

- Mostrar la pérdida de la capacidad intelectual que implica el deterioro de la memoria y el juicio, lo que resulta en una reducción significativa del funcionamiento mental y social, y
- Requerir ayuda física considerable de otro adulto para realizar al menos tres Actividades de la Vida Diaria (Activities of Daily Living, ADL).

Enfermedad de Parkinson Avanzada significa la enfermedad de Parkinson que causa la incapacidad del asegurado. La Enfermedad de Parkinson es un trastorno del cerebro que es diagnosticada por un psiquiatra o neurólogo como Enfermedad de Parkinson. Para estar incapacitado debido a la Enfermedad de Parkinson, el asegurado debe:

- Mostrar al menos dos de las siguientes manifestaciones clínicas: - Rigidez muscular -Temblores - Bradicinesia (lentitud anormal del movimiento, aletargamiento en las respuestas físicas y mentales), y
- Requerir ayuda física considerable de otro adulto para realizar al menos tres Actividades de la Vida Diaria (Activities of Daily Living, ADLs).

Tumor Cerebral Benigno es una masa o crecimiento anormal de células no cancerosas en el cerebro. El tumor está compuesto por células similares que no siguen un patrón de división y desarrollo celular normal y que conforman una masa de células las cuales, al analizarlas con microscopio, no tienen el aspecto característico de un Cáncer. El Tumor Cerebral Benigno debe ser causado por Neoplasia Endocrina Múltiple, Neurofibromatosis o Síndrome de Von Hippel-Lindau.

- Neoplasia Endocrina Múltiple es una enfermedad genética en la cual una o más de las glándulas endocrinas son hiperactivas o forman un tumor.
- Neurofibromatosis es una enfermedad genética en la cual el tejido nervioso desarrolla tumores que pueden ser benignos y pueden causar daños graves al comprimir los nervios y otros tejidos.
- Síndrome de Von Hippel-Lindau es una enfermedad genética que predispone a una persona a tener tumores benignos o malignos.

Actividades de la Vida Diaria son actividades utilizadas para medir los niveles de capacidad de funcionamiento personal. Normalmente, estas actividades se realizan sin asistencia, permitiendo independencia personal en la vida diaria. Para fines de este plan, las Actividades de la Vida Diaria incluyen las siguientes:

- Bañarse – la capacidad de asearse por sí mismo en una bañera, ducha, o con esponja. Esto incluye la capacidad para entrar o salir de la bañera o ducha con o sin ayuda de equipo;
- Vestirse – la capacidad de ponerse, quitarse y asegurar todos los artículos de vestir necesarios y adecuados, y cualquier aparato o miembros artificiales que sean necesarios;
- Uso del Inodoro – la capacidad de llegar y salir del cuarto del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro, y realizar la higiene personal asociada, con o sin la ayuda de equipo;
- Trasladarse – la capacidad para meterse y salir de una cama, sentarse y levantarse de una silla, o silla de ruedas con o sin la asistencia de equipo;
- Movilidad – la capacidad de caminar o rodar sobre una superficie nivelada de una habitación a otra con o sin la asistencia de equipo;
- Comer – la capacidad de introducir alimentos en el cuerpo por cualquier medio una vez que se han preparado y puestos a disposición con o sin la asistencia de equipo; y
- Continencia – la capacidad de mantener voluntariamente el control de la función intestinal y/o de la vejiga. En caso de incontinencia, la capacidad de mantener un nivel razonable de higiene personal.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDAD PROGRESIVA
La Fecha del Diagnóstico se define para cada enfermedad grave 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.

• Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA o Enfermedad de Lou Gehrig) es una enfermedad crónica progresiva de las motoneuronas, que ocurre cuando se degeneran las células nerviosas del cerebro y de la médula espinal que controlan el movimiento de los músculos voluntarios, causando debilidad muscular y atrofia, lo que eventualmente produce parálisis.

• Esclerosis Múltiple Sostenida es una enfermedad degenerativa crónica del sistema nervioso central, en el cual se produce la destrucción gradual de mielina en el cerebro, la médula espinal, o ambos, interfiriendo con las vías nerviosas. La Esclerosis Múltiple Sostenida genera uno de los siguientes síntomas durante al menos 90 días consecutivos:

- Debilidad muscular,
- Pérdida de coordinación,
- Trastornos del habla, o
- Trastornos visuales.

CLÁUSULA ADICIONAL PARA CONDICIONES DE LA NIÑEZ
Fecha de Diagnóstico se define como:

- Trastorno del Espectro Autista: La fecha en la que un médico diagnostica el Trastorno del Espectro Autista en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Fibrosis Quística: La fecha en la que un médico diagnostica Fibrosis Quística en un hijo dependientes y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Parálisis Cerebral: La fecha en la que un médico diagnostica Parálisis Cerebral en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Labio Leporino o Paladar Hendido: La fecha en la que un médico diagnostica Labio Leporino o Paladar Hendido en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Síndrome de Down: La fecha en la que un médico diagnostica Síndrome de Down en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanina Hidroxilasa (PKU): La fecha en la que un médico diagnostica la Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanina Hidroxilasa en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Espina Bífida: La fecha en la que un médico diagnostica Espina Bífida en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Diabetes Tipo I: La fecha en la que un médico diagnostica Diabetes Tipo I en un hijo dependiente y dicho diagnóstico está respaldado por el historial médico.

Un médico debe diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista basándose en los criterios de diagnóstico del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-V). El diagnóstico debe incluir el especificador del nivel de gravedad del DSM-V para los dos dominios principales enumerados anteriormente.

Un médico debe diagnosticar la Diabetes Tipo I basándose en una de las siguientes pruebas de diagnóstico:

- Prueba de hemoglobina glicosilada (A1C)

- Prueba de azúcar en sangre aleatoria
- Prueba de azúcar en sangre en ayunas

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA

La Fecha del Diagnóstico se define para cada Enfermedad Específica de la siguiente manera:

- Hipofunción Suprarrenal (Enfermedad de Addison): La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Hipofunción Suprarrenal y donde dicho Diagnóstico está respaldado por su historial médico.
- Meningitis Cerebroespinal: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Meningitis Cerebroespinal y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Difteria: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Difteria en base a los hallazgos clínicos y/o de laboratorio que son respaldados por su historial médico.
- Coronavirus Humano: la fecha en que un médico diagnostica que un asegurado tiene Coronavirus Humano según los hallazgos de laboratorio respaldados por pruebas virales o un análisis de sangre.
- Corea de Huntington: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Corea de Huntington en base a los hallazgos clínicos respaldados por su historial médico.
- Enfermedad del Legionario: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con la Enfermedad del Legionario al encontrar la bacteria Legionela en una muestra clínica extraída del Asegurado.
- Malaria: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Malaria y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Distrofia Muscular: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Distrofia Muscular y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Miastenia Grave: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Miastenia Grave y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Fascitis Necrosante: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Fascitis Necrosante y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Osteomielitis: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Osteomielitis y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Poliomielitis: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Poliomielitis y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Rabia: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Rabia y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Anemia Drepanocítica: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Anemia Drepanocítica y dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Lupus Sistémico: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Lupus Sistémico y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Esclerosis Sistémica (Esclerodermia): La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Esclerosis Sistémica y donde dicho Diagnóstico es respaldado por su historial médico.
- Tétano: La fecha en que el Médico Diagnostica al Asegurado con Tétano al encontrar la bacteria Clostridium tetani en una muestra clínica extraída del Asegurado.
- Tuberculosis: La fecha en que un Médico Diagnostica al Asegurado con Tuberculosis al encontrar la bacteria Mycobacterium tuberculosis en una muestra clínica extraída del Asegurado.

El término Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital excluye específicamente cualquier tipo de instalación que no cumpla con la definición de Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital como se define en el plan, incluidas, entre otras, habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, 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, and HKU1.

La Hipofunción Suprarrenal no incluye la insuficiencia suprarrenal secundaria y terciaria.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

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

TERMINACIÓN DE LA 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 usted deja de pertenecer a una clase elegible. Si su cobertura termina, proporcionaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras su cobertura estaba vigente.

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.

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 las 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 C21000. En Texas, C21100TX.