

Aflac

Seguro Colectivo de Enfermedad Grave Advantage

EL PLAN INCLUYE BENEFICIOS
POR CÁNCER Y EXÁMENES DE DETECCIÓN

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



El plan no contiene beneficios de bienestar
integral para adultos según lo definido por la ley.



We've got you under our wing.®

SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDAD GRAVE ADVANTAGE DE AFLAC



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

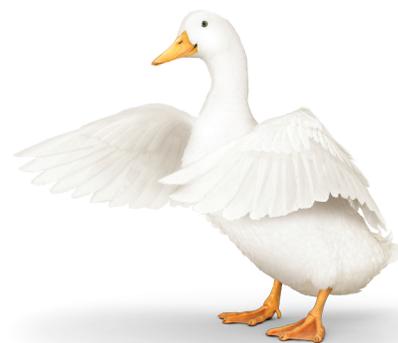
Es muy probable que usted conozca a alguien que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave. Es inevitable notar la diferencia en la vida de la persona, tanto a nivel físico como emocional. Lo que no es tan evidente es el impacto que una enfermedad grave puede tener sobre las finanzas personales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

Esto ocurre porque, a pesar de que un plan médico puede pagar una buena porción de los costos asociados con una enfermedad grave, hay muchos otros gastos que podrían no estar cubiertos. Y, para una persona en recuperación, lo menos aconsejable es tener que preocuparse por los costos no cubiertos.

Este es el beneficio de un Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac.

Puede ayudarle a pagar los costos del tratamiento de una enfermedad grave cubierta, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Y lo que es aún más importante: el plan le permite concentrarse en la recuperación en vez de estar preocupado por los costos no cubiertos. Con el Plan de Enfermedad Grave, usted recibirá beneficios en efectivo directamente (salvo que se asignen de otro modo) y esto le dará flexibilidad para pagar los costos relacionados con el tratamiento o sus gastos cotidianos.



Comprender los hechos puede ayudarlo a decidir si el Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac tiene sentido para usted.

DATO N.º 1

APROXIMADAMENTE

83.6 MILLONES

DE ADULTOS ESTADOUNIDENSES (MÁS DE 1 DE CADA 3) PADECEN UNO O MÁS TIPOS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV).¹

DATO N.º 2

LA ENFERMEDAD CARDÍACA CORONARIA CUESTA A LOS ESTADOS UNIDOS

\$108.9

MIL MILLONES

EL TOTAL INCLUYE EL COSTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, MEDICAMENTOS Y PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD.²

¹ Hoja de Datos Estadísticos de American Heart Association/American Stroke Association, 2013

² Hoja de Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Cardíacas, 2015

Descubra por qué el Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac puede ser apropiado para usted.

Durante más de 60 años, Aflac se ha dedicado a brindar tranquilidad y seguridad financiera a individuos y familias cuando más lo necesitaban. El Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac es tan solo otra manera innovadora de asegurarse de que usted esté protegido bajo nuestras alas.

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

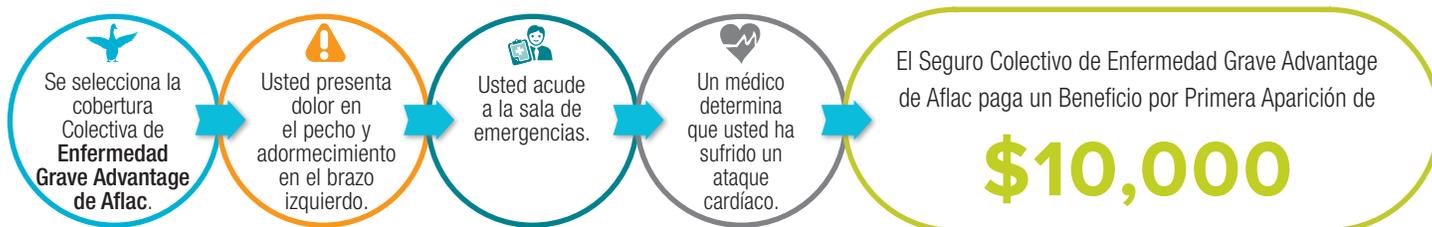
Los beneficios de un Plan Colectivo de Enfermedad Grave de Aflac incluyen:

- Beneficio por Enfermedad Grave que se paga en caso de:
 - Cáncer
 - Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio)
 - Accidente Cerebrovascular o Derrame Cerebral
 - Insuficiencia de Riñón (Insuficiencia Renal en Fase Terminal)
 - Trasplante de un Órgano Principal
 - Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre)
 - Paro Cardíaco Repentino
 - Cirugía de Revascularización Coronaria o Bypass Coronario
 - Cáncer No Invasivo
 - Cáncer de la Piel
- Beneficio para Exámenes de Detección

Características:

- Usted recibe los beneficios directamente, a menos que elija otra forma de pago.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos a cargo.
- La cobertura se puede continuar (bajo ciertas condiciones). Esto significa que, si cambia de trabajo o se jubila, puede seguir manteniendo el mismo plan.
- Pago rápido de reclamaciones. La mayoría de las reclamaciones se procesan en unos cuatro días.

Cómo funciona



El monto del beneficio se basa en el Beneficio de \$10,000 por Primera Aparición de la Enfermedad.

Para obtener más información, consulte a su agente o productor 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%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (Isquémico o Hemorrágico)	100%
TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PRINCIPAL	100%
INSUFICIENCIA DE RIÑÓN (Insuficiencia Renal en Fase Terminal)	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)	100%
PARO CARDÍACO REPENTINO	100%
CÁNCER NO INVASIVO (El pago de este beneficio reducirá su beneficio por cáncer en un 25%.)	25%
CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA O BYPASS CORONARIO (El pago de este beneficio reducirá su beneficio por ataque cardíaco en un 25%).	25%

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio de indemnización de suma única al momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta, cuando dicho diagnóstico fuera ocasionado por una enfermedad subyacente o atribuido a esta. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer. Los beneficios se basarán en el valor nominal vigente a la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos seis meses consecutivos y la nueva enfermedad grave no fuera propiciada ni causada por una enfermedad grave por la cual se han pagado beneficios. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

ENFERMEDAD RECURRENTE

Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de los diagnósticos estuvieran separadas por al menos seis meses consecutivos y la nueva enfermedad grave no fuera propiciada ni causada por una enfermedad grave por la cual se han pagado beneficios. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación de diagnóstico de cáncer.

COBERTURA PARA LOS HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Todo hijo a cargo está cubierto al 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal, sin costo adicional. La cobertura solo de niños no está disponible.

BENEFICIO DE CÁNCER DE LA PIEL

Pagaremos \$250 por el diagnóstico de cáncer de la piel. Este beneficio será cubierto una vez por año calendario.

EXENCIÓN DE LA PRIMA

Si quedara totalmente discapacitado debido a una enfermedad grave cubierta antes de los 65 años, después de 90 días continuos de discapacidad total, quedará exento del pago de primas para usted y cualquiera de sus familiares a cargo cubiertos. Siempre y cuando quede totalmente discapacitado, las primas quedarán exentas hasta 24 meses, sujeto a los términos del plan.

BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura de su cónyuge estuviera vigente al momento del fallecimiento del principal asegurado, el cónyuge superviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el valor nominal existente del cónyuge y además incluirá la cobertura de los hijos a cargo vigentes en ese momento.

BENEFICIO PARA EXÁMENES DE DETECCIÓN (Empleado y Cónyuge solamente)

Pagaremos \$50 por exámenes de detección que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté vigente. Este beneficio será cubierto una vez por año calendario.

Este beneficio es solo pagadero para exámenes de detección que se realicen como resultado de atención preventiva, lo que incluye pruebas y procedimientos de diagnóstico prescritos en relación con exámenes de rutina. Este beneficio es pagadero para el empleado cubierto y el cónyuge.

Este beneficio no se paga para hijos a cargo.

LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN CUBIERTOS INCLUYEN:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Análisis de sangre para triglicéridos• Biopsia de médula ósea• Ultrasonido de seno• CA 15-3 (análisis de sangre para el cáncer de seno)• CA 125 (análisis de sangre para el cáncer de ovario)• CEA (análisis de sangre para el cáncer de colon)• Radiografía de tórax• Colonoscopia• Análisis de ADN en las heces• Prueba de tolerancia a la glucosa en ayunas• Sigmoidoscopia flexible | <ul style="list-style-type: none">• Análisis de sangre en las heces• Mamografía• Examen de Papanicolau• PSA (análisis de sangre para el cáncer de próstata)• Análisis de colesterol sérico para determinar el nivel de HDL y LDL• Electroforesis de proteína en suero (análisis de sangre para el mieloma)• Examen de TC helicoidal para detectar cáncer de pulmón• Prueba de esfuerzo en bicicleta fija o rueda de andar• Termografía |
|---|--|

SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE ADVANTAGE

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES,
TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER Y AVISOS

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Limitación de Diagnóstico de Cáncer: se pagan beneficios por cáncer y cáncer no invasivo siempre y cuando el asegurado:

- No haya recibido tratamiento alguno por ese cáncer por al menos 12 meses consecutivos antes de la fecha de diagnóstico; y
- Esté en remisión total antes de la fecha de un diagnóstico posterior, tal como lo indique la ausencia de prueba clínica, radiológica, biológica y bioquímica de la presencia del cáncer.

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: lastimar o intentar lastimarse intencionalmente.
- **Suicidio:** cometer o intentar cometer suicidio, esté o no en control de sus facultades mentales.
 - En Missouri: cometer o intentar cometer suicidio, mientras esté sano.
 - En Illinois: no se aplica esta exclusión.
- **Actos ilegales:** participar o intentar participar en una actividad ilegal o involucrarse en un trabajo ilegal.
 - En Arizona: participar o intentar cometer un delito grave o involucrarse en una actividad ilegal.
 - En Florida: participar o intentar participar en una actividad ilegal o involucrarse en un trabajo ilegal.
 - En Illinois y Pensilvania: Actividad Ilegal: cometer o intentar cometer un delito grave o involucrarse en una actividad ilegal.

- En Michigan: Actividad Ilegal: cometer o intentar cometer un delito grave o involucrarse en una actividad ilegal.
- En Nebraska: involucrarse en una ocupación ilegal o cometer o 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 conflicto militar.
 - En Florida: La guerra no comprende 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 de este.
- Revuelta o insurrección.
- Disturbio social o conmoción civil.

- **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 se administre bajo el consejo de un médico.
- En Michigan, Nevada y Dakota del Sur: no se aplica esta exclusión.

El diagnóstico, el 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, solo se pagan mientras la cobertura esté vigente.

TÉRMINOS QUE DEBE 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. El beneficio se paga si el Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) deriva de al menos una de las siguientes enfermedades:

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

El beneficio del Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) no se paga si el trasplante deriva de una enfermedad grave cubierta por la cual se ha pagado un beneficio en virtud de este plan.

El cáncer (interno o invasivo) es una enfermedad que se ajusta a alguna de las siguientes definiciones:

Un tumor maligno que se caracteriza por lo siguiente:

- 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. 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) además incluye:

- Melanoma de Nivel I o II de Clark o superior o cuya profundidad de Breslow sea igual o mayor a 0.77mm;
- Síndrome mielodisplásico: RCMD (citopenia refractaria con displasia de multilínea);
- 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;
- Cánceres de la piel no superficiales y no invasivos, incluido el carcinoma de células escamosas de la piel y células basales;
- Melanoma in situ;
- Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark;
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77mm; o
 - Melanomas de etapa 1A en etapa TNM.

El Cáncer No Invasivo es un cáncer que se encuentra en el lugar natural o normal, confinado al sitio de origen, sin haber invadido los tejidos circundantes.

Para los fines del plan, el Cáncer No Invasivo es:

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

El Cáncer de la Piel, tal como se define en este plan, no se paga en el Beneficio de Cáncer No Invasivo.

El Cáncer de la Piel es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos de la piel. Los siguientes se consideran cánceres de la piel:

- Carcinoma de células basales;
- Carcinoma de células escamosas de la piel;
- Melanoma in situ;
- Síndrome mielodisplásico: RARS (anemia refractaria con sideroblastos)
- 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 en el Beneficio por Cáncer (interno o invasivo).

El cáncer, el cáncer no invasivo o el cáncer de la 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). El diagnóstico debe estar a cargo de un patólogo certificado, quien debe apegarse a 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 hacer 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 signos que pudieran ser identificados para indicar la presencia de cáncer.

Unión Civil: En Washington DC, 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 de sexo opuesto, establecida de conformidad con la Ley de Protección de la Libertad Religiosa y la Unión Civil de Illinois.

La Cirugía de Revascularización Coronaria o Bypass Coronario significa cirugía a corazón abierto para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de bypass y cuando dicho estrechamiento o bloqueo se atribuye a enfermedad arterial coronaria o síndrome coronario agudo. Esto excluye cualquier procedimiento no quirúrgico, tales como, angioplastia con balón, tratamiento con láser o stents, entre otros.

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

La Fecha del Diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre): el día en que se realiza la cirugía.
- Cáncer: el día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre o análisis de concentraciones de anticuerpos (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).
- Cirugía de Revascularización Coronaria o Bypass Coronario: el día 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 de Riñón (Insuficiencia Renal en Fase Terminal): fecha en que el médico recomienda que el
- Trasplante de un Órgano Principal: el día en que se realiza la cirugía.
- Cáncer No Invasivo: el día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre o análisis de concentraciones de anticuerpos (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).
- Cáncer de la Piel: la fecha en que se hace la biopsia de piel para examinar con microscopio.
- Accidente Cerebrovascular o Derrame Cerebral: la fecha en que ocurre el derrame cerebral (sobre la base de déficit neurológico documentado y estudios de neuroimagen).
- Paro Cardíaco Repentino: fecha en que falla la acción de bombeo del corazón (en base a la definición de paro cardíaco repentino).

Familiar a cargo significa el cónyuge o hijo a cargo. 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), incluido en la solicitud. Los hijos a cargo 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.

Sin embargo, existe una excepción para el límite de edad de 26 años mencionado anteriormente. Este límite no se aplicará a los hijos a cargo que no puedan mantener un empleo autosuficiente debido a discapacidad mental o física y que dependan (en Arkansas, que dependan principalmente) del sustento de un padre. El empleado o el cónyuge del empleado debe presentar prueba de esta discapacidad y dependencia a la empresa dentro de los 31 días (en Indiana, 120 días) posteriores al 26.º cumpleaños del hijo.

- En Dakota del Sur, 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 a cargo que no puedan mantener un empleo autosuficiente debido a discapacidad mental o física y que dependan de un padre para su sustento financiero. Hijos a cargo también puede incluir nietos solteros menores de 26 años y si son sus familiares a cargo, 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 Nuevo México, se puede brindar cobertura a hijos de padres con o sin custodia.
- En Illinois, la cobertura de un hijo a cargo 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 a cargo 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 a cargo deben ser solteros y también podrán incluir a nietos que viven con un abuelo que también ejerza la custodia legal. En cuanto a la excepción del límite de 26 años, no requerimos prueba de discapacidad 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 que:

- Está hecha por un médico; y
- Se basa en investigaciones o análisis clínicos y está respaldada por la historia clínica.

El 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
- En Nuevo México, un médico es además un profesional experto en el arte de curar.

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

- En Dakota del Sur, 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 y a los siguientes miembros de su familia inmediata:

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

Se incluyen los miembros de la familia adoptiva y miembros de la familia política.

Pareja de Hecho:

- En Washington DC, 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 otra sociedad de hecho, que ambas personas no tienen vínculo sanguíneo alguno que les evite 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.

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

El Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) es la muerte de una porción del músculo cardíaco (miocardio) que ocurre a causa del bloqueo de una o más arterias coronarias, debido a enfermedad arterial coronaria o síndrome coronario agudo.

El Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) no incluye:

- Otra enfermedad o lesión que involucre el sistema cardiovascular.
- Paro cardíaco que no ocurra a causa de un ataque cardíaco (infarto del miocardio).

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

- Hallazgos electrocardiográficos (ECG), por sus siglas en inglés) nuevos y seriales coherentes con un ataque cardíaco (infarto de miocardio); y
- Elevación de las encimas 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 de Riñón (Insuficiencia Renal en Fase Terminal) significa insuficiencia renal ocasionada por enfermedad renal en fase terminal que deriva en una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones para funcionar.

La Insuficiencia de Riñón (Insuficiencia Renal en Fase Terminal) solo está cubierta en los siguientes casos:

- Un médico aconseja llevar a cabo un tratamiento de diálisis peritoneal, hemodiálisis o diálisis renal regular (al menos una vez por semana) para tratar la insuficiencia de riñón
- (insuficiencia renal en fase terminal); o
- La insuficiencia de riñón (insuficiencia renal en fase terminal) deriva 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 un trasplante cubierto de un corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas humanos. Se debe llegar a la necesidad de trasplante a causa de una de las siguientes enfermedades:

- Bronquiectasia
- Cardiomiopatía
- Cirrosis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad Cardíaca Congénita
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Fibrosis quística
- Hepatitis
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Linfangioleiomiomatosis
- Enfermedad hepática poliquística
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Sarcoidosis
- Valvulopatía cardíaca

El beneficio del Trasplante de un Órgano Principal no se paga si el trasplante deriva de una enfermedad grave cubierta por la cual 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 Americana de Patología para practicar anatomía patológica.

El término Patólogo también incluye a un Patólogo Osteopático certificado por la Junta Osteopática Americana de Patología.

Señales y/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 certificación.

Accidente cerebrovascular o derrame cerebral significa una apoplejía u oclusión aguda de una arteria en el cerebro. 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 accidente cerebrovascular 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 accidente cerebrovascular debe tener un diagnóstico positivo de un médico en base a déficit neurológico documentado y estudios de neuroimagen de confirmación.

El accidente cerebrovascular 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 accidente cerebrovascular se cubrirá solamente si el asegurado presenta evidencia de daño neurológico evidenciado por los siguientes exámenes:

- Tomografía Axial Computarizada (TAC); o
- Imagen por resonancia magnética (IRM).

Paro Cardíaco Repentino 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 problema cardíaco del sistema eléctrico interno, debido a enfermedad arterial coronaria, cardiomiopatía o hipertensión.

El Paro Cardíaco Repentino no es un ataque cardíaco (infarto del miocardio). El beneficio de paro cardíaco repentino no se paga si el paro cardíaco repentino está originado o se ve contribuido por un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

Discapacidad Total o Totalmente Discapacitado significa que usted:

- No tiene un trabajo por el cual reciba sueldo o beneficios;
- Está recibiendo tratamiento médico por una enfermedad grave cubierta; y
- No puede trabajar, lo que significa que:
 - Durante los primeros 365 días de la discapacidad total, está imposibilitado para trabajar en la ocupación que realizaba al comenzar su discapacidad total; o

- Después de los primeros 365 días de discapacidad total, está imposibilitado de 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.

PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Se podrá continuar con una cobertura que de otra manera hubiera finalizado al terminar la relación laboral del empleado con el empleador. Usted continuará la cobertura que esté vigente en la fecha en que concluye la relación laboral, incluida la cobertura de personas a cargo que se encuentre vigente. La cobertura no podrá continuar si usted no paga ninguna prima requerida o la póliza colectiva llega a su fin. Si califica, se aplicarán los mismos beneficios, disposiciones del plan y tasa de prima. En Nuevo México, en caso de divorcio, anulación o disolución del matrimonio o separación legal del empleado, el cónyuge cubierto tiene derecho a continuar con la cobertura, conforme a este plan. Si el Privilegio de Portabilidad se utiliza para el cónyuge cubierto del empleado, dicha cobertura podrá, a opción del cónyuge, incluir cobertura para hijos a cargo respecto de quienes el cónyuge tenga responsabilidad de cuidado y soporte.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas: (1) la fecha en que finaliza el plan; (2) el día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima requerida no ha sido pagada; o (3) la fecha en que deja de ser miembro de una clase que califica.

La cobertura para un cónyuge o hijo a cargo asegurado concluirá a la fecha de vencimiento de la prima, después de que ocurra lo primero de lo siguiente: (1) la fecha en que el cónyuge o hijo a cargo deja de calificar como familiar a cargo; (2) la fecha en que se recibe su solicitud por escrito para finalizar la cobertura de cónyuge/hijo a cargo. Si finaliza su cobertura, brindaremos beneficios para las reclamaciones válidas surgidas mientras la cobertura estaba activa.

AVISOS

Si esta cobertura reemplazará alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que puede resultar beneficioso mantener su póliza individual de renovación garantizada.

Continental American Insurance Company no cuenta con información acerca de si usted recibe beneficios de Medicare, Medicaid o de cualquier otra variación estatal. Si algún empleado o familiar a cargo está afiliado a Medicare, Medicaid o a alguna otra variación estatal, podrán asignarse todos y cada uno de los beneficios en virtud del plan. Esto significa que usted podrá no recibir ninguno de los beneficios indicados en el plan. Asegúrese de revisar la cobertura en todos los planes de seguro médico que posea o pueda poseer, antes de adquirir el seguro descrito en este resumen, con el fin de verificar la ausencia de alguna asignación o gravamen.

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 el requisito mínimo de cobertura esencial bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de coberturas médicas principales. Está diseñada para complementar un programa médico principal.

En Nevada: Este plan limitado solo brinda beneficios complementarios. No constituye una cobertura integral de seguro médico (generalmente denominada “cobertura médica principal”) ni cumple el requisito mínimo de cobertura esencial bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

En Nuevo México: Este tipo de plan NO es considerado una “cobertura esencial mínima”, conforme a la Ley de Cuidado Asequible y, por lo tanto, NO cumple con el mandato individual de la cobertura de seguro médico. Si no tiene otra cobertura de seguro médico, podría estar sujeto a una sanción impositiva. Consulte a su asesor de impuestos.

En Washington DC: AVISO AL CONSUMIDOR: EL PRESENTE ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYE UNA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. LA FALTA DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (O CUALQUIER OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PODRÍA DERIVAR EN UN PAGO ADICIONAL DE SUS IMPUESTOS. ADEMÁS, LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA NO PUEDEN ESTAR COORDINADOS CON LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR OTRA COBERTURA. REVISE DETENIDAMENTE LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS POR ESTA PÓLIZA PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE COBERTURA.

**We've got you
under our wing.®**

aflacgroupinsurance.com || 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia Aflac de compañías de seguros, es una subsidiaria de propiedad total de Aflac Incorporated y suscribe cobertura colectiva. CAIC no cuenta con licencia para ofrecer sus servicios en Nueva York, Guam, Puerto Rico ni en las Islas Vírgenes.

Continental American Insurance Company • Columbia, Carolina del Sur

El certificado con el cual se corresponde este material de venta está escrito solamente en inglés. Si la interpretación de este material varía, prevalecerá el certificado.

Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y las condiciones exactos.

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y las limitaciones de la Póliza Serie C21000. En Arkansas, C21100AR. En Oklahoma, C21100OK. En Oregon, C21100OR. En Pensilvania, C21100PA. En Texas, C21100TX.

