Seguro por cáncer

Concéntrese en la pelea.

Un diagnóstico de cáncer puede ser agotador tanto física como emocionalmente. Pero gracias a los avances en medicina y procedimientos para tratar el cáncer, cada vez más personas están venciendo esta enfermedad Sin embargo, con la llegada de estos avances, también llega el continuo aumento en los costos del tratamiento para el cáncer.

El **Seguro individual por cáncer de beneficios limitados** ofrece una solución para ayudar a usted y a su familia a concentrarse en luchar contra la enfermedad.

Puntos destacados del plan

- **Ayuda a cubrir gastos**
  para el tratamiento del cáncer, transporte, hospitalización, entre otros.
- **Los beneficios se le pagan directamente a usted**
  para que los use como considere mejor.
- **Portable para llevarlo con usted**
  incluso si deja su empleo.
- **Opciones de cobertura disponibles**
  para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años.

Beneficios

Con más de 25 beneficios específicamente diseñados para ayudarle con el impacto financiero de recibir el diagnóstico, el seguro por cáncer puede ayudar a pagar los gastos no cubiertos por su seguro médico principal.

Los beneficios incluyen:

Tratamiento experimental

Este beneficio puede ayudarle a pagar un tratamiento experimental para contar con alternativas en su proceso de curación. Estos tipos de tratamientos pueden no estar cubiertos por los planes médicos principales.

Transporte y alojamiento

Este beneficio puede ayudar a pagar el transporte y alojamiento calificados para el paciente y la familia.

BENEFICIO DE PRUEBAS DE DETECCIÓN

Reciba un beneficio para su prueba de detección anual de cáncer interno, que incluye, aunque sin carácter limitativo, mamografía, Papanicolaou, prueba en sangre de antígeno prostático específico (PSA), radiografía de tórax, examen de sigmoidoscopia flexible, citología en medio líquido (thinprep pap test) y colonoscopía.

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN *(por año calendario)*	
BÁSICA	ENHANCED
$60	$75

La prima y el monto de los beneficios brindados varían según el plan seleccionado.
El beneficio de diagnóstico y prevención no está disponible en todos los estados.

Comercializado por:

FFGA
Benefit Solutions *Simplified*

First Financial Capital Corporation
P.O. Box 670329 • Houston, TX 77267-0329
(281) 847-8422
Teléfono gratuito (800) 523-8422
www.ffga.com

Beneficios

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED
PRUEBAS DE DETECCIÓN		
Beneficio de diagnóstico y prevención (1 por año calendario)	$60	$75
Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer (1 por año calendario)	$60	$75
TRATAMIENTO		
Beneficio de radioterapia/ quimioterapia/inmunoterapia (por periodo de 12 meses) (cargos reales)	hasta $15,000	hasta $20,000
Beneficio de imágenes para diagnóstico médico (por imagen - máx 2 por año calendario)	$200	$300
Beneficio de tratamiento de hormonas (por tratamiento - máx 12 tratamientos por año calendario)	$50	$50
Beneficio de trabajo administrativo/ laboratorio (por mes calendario)	$75	$100
Beneficio de sangre, plasma y plaquetas (por día) (por año calendario máx)	$150 $7,500	$200 $10,000
Beneficio de tratamiento experimental	Pagado como cualquier beneficio no experimental	
Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre **Autólogo** (suministrado por el paciente) (por año calendario) **No autólogo** (suministrado por donante) (por año calendario)	$1,000 $3,000	$1,500 $4,500
Beneficio de donante	$1,000 por donación	
Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado (por día)	$150	$150
Beneficio de enfermedad aterradora (por día, por los primeros 30 días, por internación en hospital) (por día a partir de ese momento)	$200 $400	$300 $600
HOSPITALIZACIÓN		
Beneficio por internación hospitalaria (por día, por los primeros 30 días) (por día a partir de ese momento)	$200 $400	$300 $600
Beneficio de fármacos y medicamentos Internación hospitalaria (por internación) **Paciente ambulatorio** (por receta - $100 mensual máx para Basic; $100 para Enhanced)	$200 $50	$300 $50
Beneficio de médico que atiende (por día)	$40	$50
Beneficio de gobierno de EE.UU./ Hospital de caridad o HMO (por día en lugar de la mayoría de los beneficios) **Internación en el hospital** **Servicios como paciente ambulatorio**	$200 $200	$300 $300

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED
AMBULANCIA, TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO		
Beneficio de ambulancia (por viaje - máx 2 viajes, cualquier combinación, por internación) **Terrestre** **Aérea**	$200 $2,000	$200 $2,000
Beneficio de transporte y alojamiento (paciente y/o familiar) **Transporte** ($1,500 máx por viaje de ida y vuelta - máx 12 viajes por año calendario)	Precio del pasaje en autobús o $0.50/ milla en automóvil	
Alojamiento para paciente ambulatorio/familia (por día hasta 90 días, por año calendario)	$60	$80
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		
Beneficio quirúrgico (monto unitario en dólares por unidad quirúrgica) (máx por operación)	$30 $3,000	$40 $4,000
Beneficio de anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta	
Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria (por día)	$400	$600
Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica (por diagnóstico)	$300	$300
CUIDADO CONTINUADO		
Beneficio de prótesis **No quirúrgico** (por dispositivo - 1 por sitio, en la vida máx de 3) **Implante quirúrgico** (por dispositivo, incluye honorario quirúrgico - 1 por sitio, en la vida máx de 2) **Prótesis de cabello** (una vez en la vida)	$150 $1,500 $150	$200 $2,000 $200
Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos (por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital)	$75	$100
Beneficio de terapia física o del habla (por consulta, cualquier combinación, hasta cuatro por mes calendario - máx. de $1,000 en la vida)	$25	$25
Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos (por día - $13,500 máx en la vida para Basic; $18,000 máx en la vida para Enhanced)	$75	$100
Beneficio de cuidado de salud en casa (por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital)	$75	$100
Exención de prima (mientras el asegurado principal permanezca discapacitado)	Después de 90 días continuos de discapacidad	

Consulte los puntos destacados de beneficios del plan para obtener descripciones completas de los beneficios y límites al plan.
La prima y el monto de los beneficios brindados arriba varían según el plan seleccionado.

Puntos destacados de los beneficios del plan

PRIMAS MENSUALES				
BÁSICA	Edades 18-40	Edades 41-50	Edades 51-60	Edades 61-70
Individual	$16.30	$23.60	$32.60	$44.20
Familia con 1 padre	$24.40	$35.20	$48.70	$65.90
Familiar	$31.80	$45.70	$63.30	$85.80

ENHANCED	Edades 18-40	Edades 41-50	Edades 51-60	Edades 61-70
Individual	$21.00	$30.80	$42.40	$57.30
Familia con 1 padre	$31.40	$45.80	$63.30	$85.60
Familiar	$40.80	$59.50	$82.30	$111.30

Puntos destacados de los beneficios del plan

Solo pérdida por cáncer: La póliza paga solo por pérdida resultante de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Cáncer: El cáncer significa una enfermedad que se manifiesta por un crecimiento autónomo (maligno) en el cual existe un crecimiento, función o propagación (local o distante) sin control de células en alguna parte del cuerpo. Esto incluye cáncer in situ y melanoma maligno. No incluye otros problemas que se podrían considerar precancerosos o que tienen el potencial maligno tales como: leucoplaquia, hiperplasia, policitemia, queratosis actínica, trastornos mielodisplásico y mieloproliferativo no maligno; anemia aplásica; atipia, gamopatía monoclonal no maligna, carcinoide; o lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

Todos los diagnósticos de cáncer deben ser diagnosticados positivamente por un médico con licencia legal o un certificado de medicina del American Board of Pathology (Consejo americano de patología) o el American Board of Osteopathic Pathology (Consejo americano de patología osteopática). **Los beneficios según esta póliza pagan el monto del beneficio indicado por persona con cobertura debido a cáncer cubierto a menos que se especifique lo contrario.**

Beneficio de diagnóstico, prevención y pruebas de detección de cáncer: Paga una prueba de detección de cáncer interno médica y generalmente reconocida cuando se incurre en un gasto por la prueba. Las pruebas incluyen, sin carácter limitativo, mamografías, citología en medio líquido (thinprep pap test), prueba en sangre de antígeno prostático específico (PSA), colonoscopía y radiografía de tórax. Consulte la póliza para ver más ejemplos. Las pruebas de detección pagaderas según este beneficio SOLAMENTE se pagarán con este beneficio y no incluirán ninguna prueba pagadera según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico. Solo se pagarán para las pruebas realizadas después del periodo de 30 días luego de la fecha de vigencia de la cobertura de la persona cubierta.Este beneficio está disponible sin que sea necesario un diagnóstico de cáncer.

Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer: Pagadero para un seguimiento de prueba de detección invasiva necesaria debido a un resultado anormal de una prueba de detección cubierta. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico positivo de cáncer se pagarán según el beneficio quirúrgico.

Beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia: Paga los cargos reales hasta el monto máximo indicado cuando se recibe la radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia según se define en la póliza, por periodo de 12 meses. El periodo de 12 meses comienza el primer día en que se recibe la radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia cubierta. Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados con la radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia. Este beneficio no incluye fármacos/medicinas cubiertos por el beneficio de fármacos y medicinas o el beneficio de terapia hormonal. Cargos reales significa la cantidad realmente pagada por la persona asegurada, o en su nombre, y aceptada por el proveedor de los servicios prestados.

Beneficio de imágenes para diagnóstico médico: Paga el monto de indemnización para una resonancia magnética (MRI); tomografía computarizada (CT); tomografía axial computarizada (CAT); o tomografía por emisión de positrones (PET) cuando se realiza a pedido de un médico.

Beneficio de tratamiento de hormonas: Los fármacos y medicamentos cubiertos según el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de radiación/quimioterapia/inmunoterapia no están incluidos.Este beneficio no cubre procesos administrativos relacionados.

Beneficio de trabajo administrativo/laboratorio: Paga cuando se realizan los procedimientos relacionados con el tratamiento de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia y los beneficios son pagaderos durante el mismo mes calendario que el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia.

Beneficio de sangre, plasma y plaquetas: Solamente se brindan beneficios para sangre, plasma y plaquetas según este beneficio.Los procesos de laboratorio y los factores estimuladores de colonias no están cubiertos.

Beneficio de trasplante de médula ósea/células madre: La extracción de médula ósea o células madres de un donante no está cubierta según este beneficio.

Beneficio por internación hospitalaria: Pagadero mientras esté internado en un hospital durante al menos 18 horas seguidas. Un hospital no es una institución o parte de la misma que se utilice como: una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; una casa de convalecencia; una instalación de descanso o de enfermería, una instalación de rehabilitación; una instalación de cuidados extendidos; una instalación de enfermería especializada; o una instalación que permite principalmente custodia, cuidado educativo o cuidado o tratamiento para personas que sufran de enfermedades o trastornos mentales, o cuidado para los ancianos, o adicción al alcohol o las drogas.Este beneficio no es pagadero para tratamiento como paciente ambulatorio.

Medicamentos y beneficio de medicinas: Paga por medicamento contra las náuseas y el dolor recetado por un médico y administrado mientras también se recibe radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia, una cirugía cubierta, o un trasplante de médula ósea/células madre.No incluye procesos administrativos asociados o fármacos o medicamentos cubiertos bajo el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia o el beneficio de terapia hormonal.

Beneficio de médico que atiende: Paga por una consulta a un médico por día cuando se requieren los servicios de un médico, que no sea cirujano, mientras está internado en el hospital.

Beneficio de gobierno de EE.UU./Hospital de caridad/HMO: Pagadero cuando no está disponible una lista desglosada de servicios debido a la internación en un hospital de caridad o en un hospital que sea propiedad del gobierno de EE. UU., o que esté operado por este; o cubierta por una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o un grupo relacionado de diagnóstico donde no se hacen cargos por el tratamiento del cáncer o una enfermedad aterradora cubierta.Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los beneficios cubiertos según esta póliza.

Beneficio de ambulancia: Si se requieren los servicios de ambulancia aérea y terrestre el mismo día, pagaremos solamente el monto más alto del beneficio.La persona con cobertura debe ser admitida como paciente hospitalizado e internado en el hospital durante al menos 18 horas seguidas.

Beneficios de transporte y alojamiento: Paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren con horario, o en automóvil y alojamiento como paciente ambulatorio/familia para recibir tratamiento de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia, trasplante de médula ósea o de células madre, o cirugía en un hospital no disponible localmente y al menos a 50 millas de la residencia de la persona con cobertura. Pagadero para la persona con cobertura y un familiar adulto. Si viaja en el mismo automóvil o se aloja en la misma habitación, el beneficio es pagadero solo para la persona con cobertura. Si la persona cubierta recibe tratamiento mientras está internada en un hospital, el transporte y alojamiento se pagarán una vez por internación. El viaje debe ser dentro de los Estados Unidos o sus territorios.Paga solo un modo de transporte por viaje redondo.

Beneficio quirúrgico: Pagadero cuando se realiza una operación quirúrgica a una persona cubierta para un diagnóstico cubierto de cáncer, cáncer de la piel o cirugía reconstructiva debido a un cáncer. Los beneficios se calculan hasta un beneficio máximo multiplicando el valor unitario quirúrgico asignado al procedimiento, tal como se muestra en la tabla de valores relativos más actual del médico, por el monto unitario en dólares mostrado en la póliza. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarán como una operación y los beneficios se limitarán al procedimiento más caro. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico negativo de cáncer no están cubiertas por este beneficio. Las cirugías de médula ósea, cirugías para implantar un dispositivo protésico permanente no están cubiertas por este beneficio. Este beneficio es pagadero para cirugía reconstructiva de seno realizada en un seno no enfermo para establecer una simetría con un seno enfermo cuando la cirugía reconstructiva en el seno enfermo se realiza mientras la persona está cubierta por esta póliza.La cirugía reconstructiva en el seno no enfermo debe realizarse dentro de los 24 meses de la cirugía reconstructiva en el seno enfermo.

Beneficio de anestesia: Los servicios de un anestesiólogo para trasplantes de médula ósea, cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica no están cubiertos.

Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria: Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos.

Puntos destacados de los beneficios del plan(cont.)

Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica: Pagadero una vez por diagnóstico de cáncer para una segunda opinión quirúrgica, y una tercera si la segunda está en desacuerdo con la primera.Las opciones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas.

Beneficio de prótesis: Pagadero para un dispositivo protésico recibido debido a un cáncer que se manifestó después de 30 días de la fecha de entrada en vigencia y, si se requiere cirugía, su implante quirúrgico.Los insumos relacionados con la prótesis, tales como sostenes especiales o bolsas de ostomía e insumos, o prótesis de cabello no están cubiertos.

Beneficio de prótesis de cabello: Pagadero una vez por persona con cobertura por vida cuando se necesita una prótesis de cabello.

Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos: Paga por internación autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días después de una internación hospitalaria.

Beneficio de terapia física o del habla: La terapia debe ser realizada por un cuidador con licencia en terapia física o del habla.Beneficios pagaderos por cualquier combinación de tratamientos con terapia física o del habla hasta el máximo indicado.

Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos: Pagadero cuando un médico determina una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos y aprueba cuidados paliativos en el hogar o en una instalación de cuidados paliativos.Este beneficio no incluye cuidado de bebé sano, servicios de voluntarios, alimentos, servicios de limpieza y mantenimiento del hogar, o apoyo familiar después de la muerte.

Beneficio de cuidado de salud en casa: Paga por atención médica en el hogar autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días posteriores a una internación hospitalaria. Este beneficio no incluye asesoría sobre nutrición, servicios sociales médicos, insumos médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipo médico duradero, medicamentos o fármacos, cuidado de los niños, servicios de comidas o de mantenimiento y limpieza del hogar, o terapia física o del habla.El servicio debe ser brindado por un enfermero o un asistente de enfermería en el hogar y no puede ser un familiar.

Desistimiento de beneficio de la prima: Si el asegurado primario queda discapacitado debido al cáncer y se mantiene así por más de 90 días consecutivos, pagaremos todas las primas para la póliza y cláusulas adicionales pagaderas después del día 90, siempre y cuando el asegurado primario se mantenga discapacitado. "Discapacitado" se define como la incapacidad del asegurado principal, a causa del cáncer, de trabajar en cualquier trabajo para el cual esté calificado por educación, capacitación o experiencia; no trabajar en algún puesto a cambio de sueldo o beneficios; y estar bajo el cuidado de un médico para el tratamiento del cáncer.La póliza debe estar en vigencia al momento en que inicie la discapacidad y el asegurado primario debe tener menos de 65 años.

Beneficio de tratamiento experimental: Los beneficios por tratamiento experimental indicado por un médico para el tratamiento de cáncer serán suministrados al igual que el tratamiento no experimental.No se brinda cobertura para tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Beneficio de donante: Paga si un donante incurre en gastos en nombre de una persona con cobertura para una cirugía cubierta debido a trasplante de órgano, trasplante de médula ósea o trasplante de células madres. Este beneficio no cubre los gastos de donantes de sangre.

Beneficio de enfermedad aterradora: Enfermedades catastróficas cubiertas: enfermedad de Addison, esclerosis lateral amiotrófica, fibrosis quística, difteria, encefalitis, epilepsia tonicoclónica generalizada (epilepsia de gran mal), enfermedad del legionario, meningitis, esclerosis múltiple, distrofia muscular, miastenia grave, enfermedad de Niemann-Pick, osteomielitis, poliomielitis, síndrome de Reye, fiebre reumática, fiebre maculosa de las montañas Rocosas, anemia de células falciformes (drepanocitosis), lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Tay-Sach, tétanos, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de shock tóxico, tuberculosis, tularemia, fiebre tifoidea, enfermedad de Whipple.

Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado: Paga cuando una persona con cobertura está internada en el hospital y recibe atención de enfermería especial autorizada por un médico (distinta a la que brinda normalmente un hospital) de al menos 8 horas consecutivas durante un periodo de 24 horas.

Consulte su póliza para obtener más información acerca de los beneficios enumerados arriba.

Elegibilidad: La póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) se emitirán únicamente a las personas que cumplan con los requisitos de capacidad de aseguramiento de American Fidelity, que incluyen respuestas satisfactorias a preguntas médicas. Usted, su cónyuge legal y cada hijo biológico, adoptado o hijastro que tenga menos de 26 años de edad son elegibles para solicitar la cobertura. Hijo elegible también incluye: cualquier hijo para quien usted debe brindar apoyo médico según una orden emitida conforme a 14.061 del Código de Familia, o exigible por un tribunal en Texas; nietos si esos menores son sus dependientes para fines del impuesto federal sobre la renta; y todo menor si usted es parte en un juicio en el que se busca la adopción del menor.

Limitaciones y exclusiones: Este póliza paga solo por pérdida resultante de un tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. Este póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer.

Problema de salud preexistente: Un problema preexistente es cáncer o una enfermedad aterradora para la cual, al menos 12 meses antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, un miembro de la profesión médica recomiende o brinde consejo médico. consulta o tratamiento, incluidos medicamentos recetados; o para la cual los síntomas se manifiesten de tal manera que provocarían que una persona ordinariamente prudente buscara diagnóstico, consejo médico o tratamiento. Los problemas de salud preexistentes que se mencionan o describen de manera específica como excluidas en cualquier parte de la póliza nunca reciben cobertura. No se pagan beneficios para ninguna persona cubierta por cualquier pérdida incurrida durante el primer año de esta póliza, como resultado de un problema preexistente.

Período de espera: La póliza tiene un periodo de espera de 30 días durante el cual no se pagarán beneficios según esta póliza. Si se diagnostica cáncer o una enfermedad aterradora antes del final del periodo de 30 días inmediatamente después de la fecha de entrada en vigencia, la cobertura se aplicará solo a las pérdidas en las que se incurra después de un año desde la fecha de entrada en vigencia. Si a alguna persona cubierta se le diagnostica cáncer o una enfermedad aterradora durante el período de 30 días inmediatamente después de la fecha de entrada en vigencia, usted puede elegir anular la póliza desde el principio y recibir un reembolso total de la prima. Todos los beneficios son pagaderos únicamente hasta el monto máximo señalado en el programa de beneficios en la póliza.

Terminación del seguro: La póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura finalizará en cualquiera de estas situaciones 1) la que suceda primero: la finalización del periodo de gracia si la prima permanece impaga; 2) la finalización del mes de la póliza/cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para terminar la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 3) la fecha de su muerte, si es un plan individual. Si el plan no es individual, las personas con cobertura que continúen con vida podrán tener derecho a continuar o convertir su cobertura. La cobertura terminará cuando ellos ya no cumplan con los requisitos para ser elegibles.

Para el cónyuge, la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) terminará(n) y la cobertura finalizará en cualquiera de estas situaciones, la que suceda primero: 1) la finalización del mes de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para eliminar al cónyuge de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 2) la finalización del periodo de la prima en el que se obtiene un divorcio o anulación; o 3) la fecha de su muerte.

Para el(los) hijo(s), esta póliza/cláusula(s) adicional(es) finalizará(n) y la cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas: 1) la finalización del mes de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es) en el que recibamos una solicitud escrita suya para eliminar al(a los) hijo(s) de la póliza/la(s) cláusula(s) adicional(es); 2) la finalización del periodo de la prima en el que el hijo deja de cumplir con la definición de hijo elegible; o 3) la fecha de su muerte.

Renovación garantizada: Usted tiene garantizado el derecho a renovar su póliza/su(s) cláusula(s) adicional(es) durante su vida siempre y cuando pague las primas en la fecha de vencimiento o dentro del periodo de gracia para primas. Tenemos derecho a aumentar las primas según la clase.

Como una gentileza para nuestros clientes, ofrecemos este formulario en español solamente con fines informativos. Tanto la póliza como los formularios de reclamación y atención al cliente se brindarán exclusivamente en inglés, y esos documentos regirán en todo caso que existiera una disputa debido a posibles diferencias lingüísticas. Si desea solicitar una copia de la versión en inglés, use la información de contacto que se incluye en la portada de la póliza para comunicarse con la empresa.

Protegido y administrado por:

American Fidelity Assurance Company
americanfidelity.com

Este producto puede contener limitaciones, exclusiones y periodos de espera. ***Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid.***