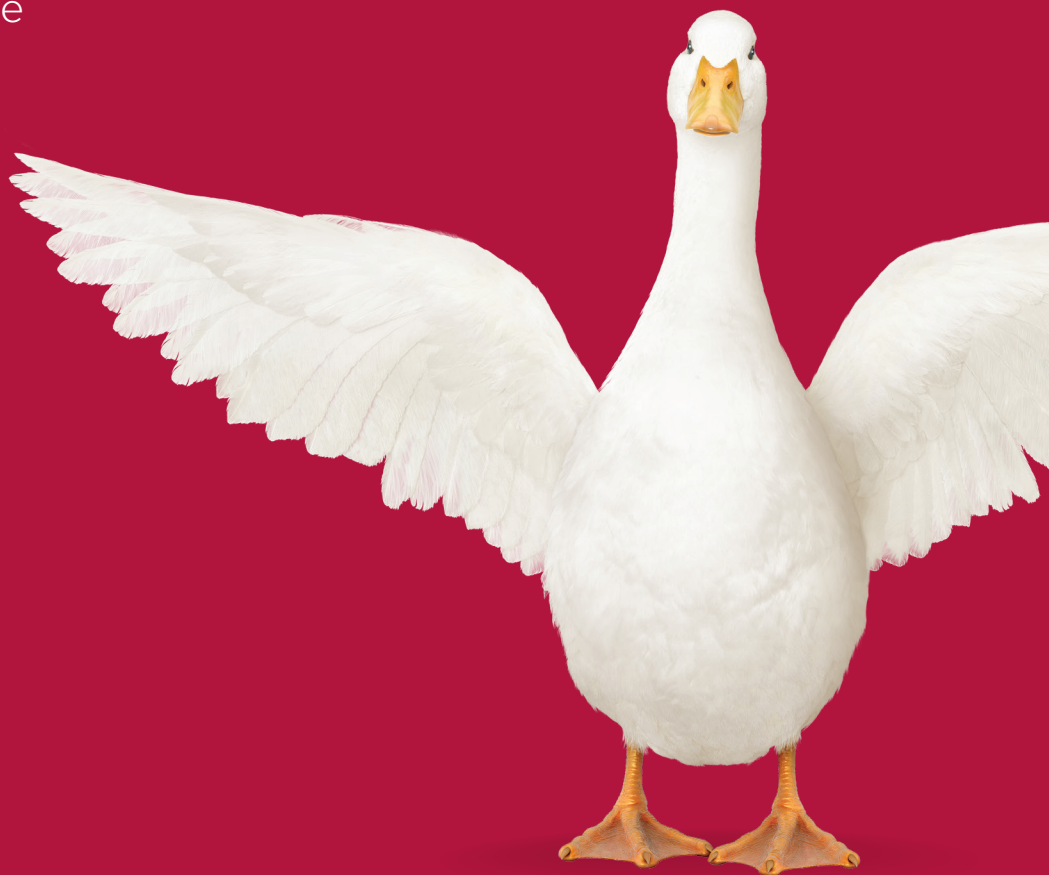


Aflac

Seguro Colectivo de Enfermedad Grave

EL PLAN INCLUYE BENEFICIOS
POR CÁNCER Y EXÁMENES DE SALUD

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



ROSS **dd's**
DRESS FOR LESS DISCOUNTS
Benefits Everyday

Aflac®

SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDAD GRAVE DE AFLAC



Aflac puede ayudar a aliviar las presiones financieras al sobrevivir una enfermedad grave.

Es muy probable que usted conozca a alguien que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave. Es inevitable ver la presión que pone 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 en las finanzas personales de la persona.

Esto ocurre porque a pesar de que un plan médico puede pagar una buena porción de los costos asociados con una enfermedad grave, existen muchos gastos que no están cubiertos. Y, durante la recuperación, tener que preocuparse por los gastos de su propio bolsillo es lo último que cualquier persona necesita.

Este es el beneficio de un plan colectivo de enfermedad grave de Aflac.

Puede ayudar a pagar los costos del tratamiento de una enfermedad grave cubierta, tales como cáncer, un ataque cardíaco o un derrame cerebral.

Y lo que es aún más importante: el plan le permite concentrarse en la recuperación en vez de estar preocupado y estresado por los gastos de su propio bolsillo no cubiertos. Con el Plan de Enfermedad Grave, usted recibirá beneficios en efectivo directamente (a menos que se asignen de otro modo) — esto le dará flexibilidad para pagar las facturas relacionadas con el tratamiento o sus gastos de la vida diaria.

Lo que se necesita, cuando lo necesite.

El seguro de enfermedad grave paga en efectivo los beneficios que pueda utilizar en cualquier manera que lo vea conveniente.



Esta es la razón por la cual el plan colectivo de Enfermedad Grave de Aflac puede ser adecuado para usted.

Por más de 60 años, Aflac se ha dedicado a brindar tranquilidad y seguridad financiera a individuos y familias cuando más lo necesitaron. El plan colectivo de Enfermedad Grave de Aflac es tan solo otra manera innovadora de asegurarse que usted esté bien protegido.

Pero esto no es todo. Tener un seguro colectivo de Enfermedad Grave de Aflac significa que podrá haber añadido recursos financieros adicionales, para ayudar con los costos médicos o con los gastos de la vida diaria.

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

- Beneficio por Enfermedad Grave que se paga en caso de:
 - Cáncer
 - Ataque al Corazón (Infarto al Miocardio)
 - Derrame cerebral
 - Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Final)
 - Trasplante de un Órgano Principal
 - Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre)
 - Paro Cardíaco Súbito
 - Cirugía de Revascularización Coronaria o Bypass coronario
 - Cáncer No Invasivo
 - Cáncer de Piel
 - Quemadura Grave
 - Coma
 - Parálisis
 - Pérdida de la Vista/ Oído/Habla
- Beneficio para Exámenes de Detección

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 es transferible (con ciertas estipulaciones). Esto significa que, si cambia de trabajo o se jubila, puede seguir manteniendo el mismo plan.

Cómo funciona



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

Resumen de Beneficios

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE AL CORAZÓN (Infarto al Miocardio)	100%
DERRAME CEREBRAL (Isquémico o Hemorrágico)	100%
TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PRINCIPAL (El 25% de este beneficio es pagadero a los asegurados inscritos en una lista de trasplante de órganos principales)	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/ VISTA / OÍDO**	100%
CÁNCER NO IVASIVO	25%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS CORONARIO)	25%

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio global por diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta cuando dicho diagnóstico se deba a o se atribuya exclusivamente a atribuido a una enfermedad subyacente. El diagnóstico de Cáncer está sujeto a la limitación de diagnóstico de cáncer. Los beneficios se basarán en el monto nominal vigente en 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 diagnóstico estén separadas por al menos 6 meses consecutivos. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación del diagnóstico de cáncer.

REOCURRENCIA

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 del diagnóstico de cáncer.

COBERTURA PARA HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente está cubierto al 50 por ciento de la cantidad del beneficio del asegurado principal sin cargo adicional. No está disponible la cobertura Sólo para Hijos.

BENEFICIO POR CÁNCER DE PIEL

Pagaremos \$500 por el diagnóstico de cáncer de piel. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

*Este beneficio sólo se paga por una quemadura debida, causada y atribuida a un accidente cubierto.

**Estos beneficios se pagan por pérdidas debidas a una enfermedad subyacente cubierta o a un accidente cubierto.

El plan tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar a los beneficios a pagar. Este folleto es sólo para fines ilustrativos. Consulte su certificado para ver todos los detalles, definiciones, limitaciones y exclusiones.

CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA

Si usted queda totalmente incapacitado debido a una enfermedad grave cubierta, antes de los 65 años, después de 90 días continuos de incapacidad, cederemos los pagos del derecho a sus primas para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos. Siempre que usted permanezca totalmente incapacitado, cederemos los pagos del derecho a las primas hasta por 24 meses, sujeto a los términos del plan.

BENEFICIO DEL SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura del cónyuge está vigente en el momento del fallecimiento del asegurado principal, el cónyuge sobreviviente puede elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el monto nominal existente del cónyuge y también incluiría cualquier cobertura vigente para cualquier hijo dependiente en ese momento.

BENEFICIO PARA EXÁMENES DE DETECCIÓN (Empleado y Cónyuge solamente)

Pagaremos \$100 por exámenes de detección que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté en vigencia. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

Este beneficio es pagadero solo por exámenes de detección que se realicen como resultado de atención preventiva, incluyendo pruebas y procedimientos de diagnóstico ordenados en relación con los exámenes de rutina. Este beneficio es pagadero para el empleado cubierto y su cónyuge. **Este beneficio no se paga por los hijos dependientes.**

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS OPCIONALES

Porcentaje del
Monto Nominal

TUMOR CEREBRAL BENIGNO

100%

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

100%

ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

100%

Estos beneficios se pagarán con base en el monto nominal en vigor en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave. Pagaremos el beneficio opcional si al asegurado se le diagnostica una de las enfermedades listadas en el cuadro de la cláusula adicional, si la fecha del diagnóstico es durante la vigencia de la cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ALS o Enfermedad de Lou Gehrig)

25%

ESCLEROSIS MÚLTIPLE PROGRESIVA

25%

Este beneficio se paga con base en la cantidad seleccionada para el Beneficios por Enfermedad Progresiva. Pagaremos el beneficio indicado cuando se diagnostique una de las enfermedades cubiertas, si la fecha del diagnóstico es durante la vigencia de la cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS

Durante los primeros 10 años de cobertura, la Cláusula Adicional de Beneficio con Incrementos Progresivos, aumenta anualmente los beneficios por Enfermedad Grave pagaderos en un 5% del monto nominal inicial para los asegurados. Este aumento es automático y no requiere ninguna prueba médica de asegurabilidad. Las primas no aumentan cada año a medida que aumenta el beneficio.

Fecha de Vigencia

Si la Cláusula Adicional se emite al mismo tiempo que el certificado, la cláusula adicional será vigente cuando el certificado sea vigente. Si se emite después que el certificado, la cláusula adicional tendrá una fecha de vigencia posterior.

CLÁUSULA ADICIONAL PARA CONDICIONES DE LA NIÑEZ

Porcentaje del
Monto Nominal

FIBROSIS QUÍSTICA	50%
PARÁLISIS CEREBRAL	50%
LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO	50%
SÍNDROME DE DOWN	50%
ENFERMEDAD POR DEFICIENCIA DE FENILALANINA HIDROXILASA (PKU)	50%
ESPINA BÍFIDA	50%
DIABETES TIPO 1	50%

Cantidad Única del
Beneficio

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD)	\$3,000
--------------------------------------	---------

Los beneficios son pagaderos si a un hijo dependiente se le diagnostica una de las condiciones listadas y la fecha diagnóstica es mientras la cláusula adicional está vigente. (En Indiana, el diagnóstico no debe ser excluido específicamente por el plan.)

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Pagaremos el beneficio indicado si a un asegurado se le diagnostica con una de las enfermedades listadas y si la fecha del diagnóstico es durante la vigencia de la cláusula adicional.

Para recibir un beneficio por las enfermedades especificadas listadas, el asegurado debe ser ingresado en un hospital o en una unidad de cuidados intensivos durante el número mínimo de días indicado. Sólo se pagará la cantidad más alta indicada del beneficio que califique para estos beneficios. En el caso de que se pague previamente una cantidad del beneficio inferior bajo estos beneficios para cualquier periodo hospitalización y que dicho confinamiento se prolongue o que el asegurado fuera trasladado a una unidad de cuidados intensivos y diera lugar a un pago mayor, se proporcionará la diferencia entre la cantidad del beneficio pagado anteriormente y la cantidad nueva del beneficio.

Enfermedades Cubiertas Gripe Aviar/H5N1 / Ébola / Coronavirus Humano / Gripe / Neumonía

10% si está hospitalizado durante 4-9 días
25% si está hospitalizado durante 10 o más días
40% si está confinado en una unidad de cuidados intensivos

El plan está clasificado por edades. Eso significa que sus tarifas pueden aumentar en la fecha de aniversario de la póliza.

Las referencias al estado en este folleto se refieren al estado de su grupo y no a su estado de residencia.

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Limitación del Diagnóstico de Cáncer Los beneficios son pagaderos por cáncer y/o cáncer no invasivo siempre que el asegurado:

- No haya recibido tratamiento para el cáncer durante al menos 12 meses antes de la fecha del diagnóstico; y
- Esté en remisión completa antes de la fecha de un diagnóstico posterior, como lo demuestra la ausencia de toda prueba clínica, radiológica, biológica y bioquímica de la presencia del cáncer.

No pagaremos las pérdidas debidas a:

- Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o actuar de modo tal que pueda causarse una autolesión;
 - En Alaska: lesionarse o intentar lesionarse intencionadamente

- Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente;
 - 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, o estar involucrado en una ocupación ilegal;
 - En Illinois y Pennsylvania: Ocupación Ilegal - cometer o intentar cometer un delito estar involucrado en una ocupación ilegal;
 - En Michigan: Ocupación Ilegal – cometer o intentar cometer un delito, o estar involucrado en una ocupación ilegal;
 - En Nebraska: estar involucrado en una ocupación ilegal, o cometer o intentar cometer un delito;
 - En Ohio: cometer o intentar cometer un delito, o trabajar en un empleo ilegal.
- Participar en un Conflicto Agresivo:
 - Guerra (declarada o no declarada) o conflictos militares; En Oklahoma: Guerra, o acto de guerra, declarada o no declarada cuando preste servicio en el ejército o en una unidad auxiliar del mismo.

- Insurrección o motín
- Conmoción civil o estado civil de agresividad
- Abuso de sustancias ilegales:
 - Abuso de medicamentos recetados legalmente
 - Uso ilegal de medicamentos sin receta
 - En Arizona: Estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que sea administrado por consejo de un médico
 - En Michigan, Nevada y South Dakota: esta exclusión no aplica

El diagnóstico, tratamiento, pruebas y hospitalización deben ser en los Estados Unidos o en sus territorios.

Todos los beneficios del plan, incluidos los beneficios por diagnóstico, tratamiento, hospitalización y pruebas cubiertas, se pagan únicamente mientras la cobertura está vigente.

TÉRMINOS QUE NECESITA SABER

El beneficio de Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) no es pagadero si el trasplante es resultado de una enfermedad grave cubierta para la que se ha pagado un beneficio bajo este plan.

No se consideran cánceres internos o invasivos los siguientes:

- Tumores premalignos o pólipos
- Carcinomas in Situ
- Cualquier cáncer de piel superficial y no invasivo, incluido el carcinoma de células basales y and carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in Situ
- Melanoma diagnosticado como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A según la clasificación TNM

Los cánceres de piel no son pagaderos bajo el Beneficio de Cáncer (interno o invasivo) ni por el Beneficio de Cáncer No Invasivo. Se consideran cánceres de piel los siguientes:

- Carcinoma de células basales
- Carcinoma de células escamosas de la piel
- Melanoma in Situ
- Melanoma diagnosticado como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77 mm, o
 - Melanomas en etapa 1A según la clasificación TNM

Enfermedad Grave es una afección o una dolencia según se defina en el plan que se manifiesta por primera vez mientras su cobertura está vigente.

Fecha de Diagnóstico se define como:

- Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre: la fecha en que se realiza la cirugía. del musculo del corazón. Esto es basado en el criterio listado bajo la definición de ataque al corazón (infarto al miocardio).
- Cáncer: El día en que se toman las muestras de tejido, de sangre o título(s), (el diagnóstico de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).
- Cirugía para la Derivación de Arterias Coronarias: La fecha que se realiza la cirugía.
- Ataque al Corazón (Infarto al Miocardio): La fecha que ocurre el infarto (muerte) de una porción
- Insuficiencia Renal (Enfermedad Renal Terminal): La fecha en la que el médico recomienda que un asegurado comience la diálisis renal.
- 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, de sangre o título(s), (el diagnóstico

de cáncer y/o carcinoma in situ se basa en tales muestras).

- Cáncer de Piel: La fecha en que se toman las muestras de la biopsia de la piel para el examen microscópico.
- Derrame Cerebral: La fecha en que ocurre el derrame cerebral (basado en déficits neurológicos documentados y estudios de neuroimagen).
- Paro Cardíaco Súbito: La fecha en que falla la acción de bombeo del corazón (basado en la definición de paro cardíaco súbito).
- Coma: El primer día del período en el que un médico confirme un coma debido a una de las enfermedades subyacentes y que haya durado al

menos siete días consecutivos.

- Quemadura Grave: La fecha en que ocurre la quemadura.
- Parálisis: La fecha en que un médico diagnostica a un asegurado una parálisis debida a una de las enfermedades subyacentes especificadas en este plan, cuando dicho diagnóstico se basa en los resultados clínicos y/o de laboratorio, según el historial médico del asegurado.
- Pérdida de la Vista, Habla u Oído: La fecha en que un médico determina objetivamente que la pérdida se debe a una de las enfermedades subyacentes es total e irreversible.

Dependiente significa su cónyuge o sus hijos dependientes. Cónyuge es su esposa o esposo legal, o pareja en una unión reconocida legalmente. Los hijos dependientes son sus hijos naturales o los de su cónyuge, hijastros, niños acogidos, niños sujetos a tutoría legal, los niños adoptados legalmente, o los niños dispuestos para adopción, que sean menores de 26 años. Los hijos recién están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento. Consulte su certificado para los detalles.

Médico no lo incluye a usted, ni a los miembros de su familia. No obstante, en Arizona, un médico que es miembro de la familia, podrá atenderlo. A los fines de esta definición, miembro de la familia incluye su cónyuge y los siguientes integrantes 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.

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.

El diagnóstico de un Ataque al Corazón (Infarto al Miocardio) debe incluir lo siguiente:

- Resultados electrocardiográficos (ECG) nuevos y en serie consistentes con un ataque al corazón (infarto al 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).

Estudios de imágenes confirmatorios, tales como escáner con talio, escáneres MUGA o ecocardiogramas de esfuerzo también pueden utilizarse.

Insuficiencia Renal (Enfermedad Renal Terminal) está cubierta solamente bajo las siguientes condiciones:

- Un médico aconseja que es necesaria la diálisis renal regular, la hemodiálisis o la diálisis peritoneal (al menos semanalmente) para tratar la insuficiencia renal (enfermedad renal terminal);
- La insuficiencia renal (enfermedad renal terminal) resulta en un trasplante de riñón.

Farmacoterapia de Mantenimiento tiene como propósito disminuir el riesgo de reaparición del cáncer; su objetivo no es tratar el cáncer aún presente.

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

Derrame cerebral no incluye:

- Ataques Isquémicos Transitorios (TIAs)
- Lesión en la cabeza
- Insuficiencia cerebrovascular grave
- Déficits neurológicos isquémicos reversibles a menos que se confirme el daño del tejido cerebral mediante imágenes neurológicas

Paro Cardíaco Súbito no es un ataque al corazón (infarto al miocardio). El beneficio por paro cardíaco súbito no es pagadero si el paro cardíaco súbito es ocasionado por o causado por un ataque al corazón (infarto al miocardio).

El tratamiento no incluye la farmacoterapia de mantenimiento o consultas de seguimiento de rutina para verificar si el cáncer o carcinoma in situ ha regresado.

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 el 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
- Hiperglucemia
- Diabetes
- Hipoglucemia
- Encefalitis
- Meningitis
- Epilepsia

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

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 PARA DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

Fecha de Diagnóstico se define para cada enfermedad grave específica como:

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS o Enfermedad de Lou Gehrig): La fecha en que un Médico Diagnostica a un Asegurado con Esclerosis Lateral Amiotrófica y dicho Diagnóstico está respaldado por el historial médico.
- Esclerosis Múltiple Progresiva: La fecha en que un Médico Diagnostica a un Asegurado con Esclerosis Múltiple Progresiva y dicho Diagnóstico está respaldado por el historial médico.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS o Enfermedad de Lou Gehrig): significa una enfermedad grave y progresiva de las neuronas motoras que ocurre cuando las células nerviosas del cerebro y la médula espinal que controlan el movimiento voluntario degeneran, causando debilidad y atrofia muscular, lo que finalmente conduce a la parálisis.

Esclerosis Múltiple Progresiva significa una enfermedad grave degenerativa del sistema nervioso central en la que se produce una destrucción gradual de la mielina en el cerebro, la médula espinal o ambos, interfiriendo en las vías nerviosas. La Esclerosis Múltiple Progresiva da lugar a uno de los siguientes síntomas durante al menos 90 días consecutivos:

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

CLÁUSULA ADICIONAL PARA CONDICIONES DE LA NIÑEZ

Fecha de Diagnóstico se define como:

- 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.
- 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.

Si un hijo dependiente tiene tanto Labio Leporino como Paladar Hendido o tiene uno en cada lado de la cara, pagaremos este beneficio sólo una sola vez.

Un médico debe diagnosticar la Enfermedad por Deficiencia de Fenilalanina Hidroxilasa (PKU) basándose en una prueba de PKU.

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

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).

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Fecha de diagnóstico se define para cada Enfermedad Específica como:

Gripe Aviar/H5N1: La fecha en la que un médico diagnostica Gripe Aviar/H5N1 en un Asegurado con base en los resultados clínicos y/o de laboratorio respaldados por el historial médico.

Ébola: La fecha en la que un médico diagnostica Ébola en un Asegurado con base en los resultados clínicos y/o de laboratorio respaldados por el historial médico.

Coronavirus Humano: La fecha en la que un médico diagnostica Coronavirus Humano en un Asegurado con base en los resultados clínicos y/o de laboratorio respaldados por el historial médico.

Influenza: La fecha en la que un médico diagnostica Influenza en un Asegurado con base en los resultados clínicos y/o de laboratorio respaldados por el historial médico.

Neumonía: La fecha en la que un médico diagnostica Neumonía en un Asegurado con base en los resultados clínicos y/o de laboratorio respaldados por el historial médico.

Coronavirus Humano no incluye los siguientes Coronavirus Humanos: 229E, NL63, OC43, y HKU1; 229E, NL63, OC43, y HKU1.

El término Hospital excluye específicamente cualquier centro que no cumpla con la definición de Hospital tal como se define en este Plan, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Una residencia de ancianos y enfermos,
- Un centro de cuidados prolongados,
- Un centro de enfermería especializada,

- Un hogar de reposo o residencia para personas mayores,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro para el Tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, o
- Una residencia con asistencia.

El término Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital excluye específicamente cualquier tipo de centro que no cumpla con la definición de Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital tal y como se define en este Plan, incluyendo, pero sin limitarse a ello, las habitaciones privadas monitorizadas, las salas de recuperación quirúrgica, las 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.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura puede continuar bajo ciertas estipulaciones. Consulte el certificado para más detalles.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro puede terminar cuando termine el plan; 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 deje de pertenecer a una clase elegible. Si su cobertura termina, proporcionaremos los beneficios para reclamaciones válidas que surgieron mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura sustituye a cualquier póliza individual existente, tenga en cuenta que puede ser conveniente 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 tiene como fin sustituir, ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

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 estar escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, el certificado prevalece. Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado del plan a través de su empleador o contactando a nuestro Centro del Servicio al Cliente

Este folleto está sujeto a los términos, las condiciones y limitaciones del Número de Formulario de la Póliza Serie C20100. En Arkansas, C21100AR. En Oklahoma, C21100OK. En Oregon, C21100OR. En Pennsylvania, C21100PA. En Texas, C21100TX.