

# Aflac

## Seguro Colectivo de Accidente

Una protección contra accidentes hecha para usted.

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL EMPLEADOR NO OBTIENE COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES AL COMPRAR ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO HA ELEGIDO OBTENER COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, EL EMPLEADOR NO OBTIENE AQUELLOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES EN ESTE ESTADO. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN ESTE ESTADO EN LO QUE CORRESPONDE A LOS EMPLEADORES QUE ELIGEN NO MANTENER LA COBERTURA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

**Suscrita por:**

**Continental American Insurance Company (CAIC)**

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



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

**Aflac**®

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

Los accidentes pueden producirse en un instante y afectarlo a usted o a un ser querido. Aflac está diseñado para ayudar a las familias a planificar los posibles costos por atención médica con anticipación y hacerse cargo de esa incertidumbre e inseguridad financiera para que no sean un factor a la hora de recuperarse.

### Protección ante lo inesperado, ese es el beneficio del Plan Colectivo de Accidente de Aflac.

Después de un accidente, podría tener gastos en los que nunca pensó. ¿Sus finanzas pueden manejarlos? Tranquiliza saber que un plan de seguro de accidentes puede estar siempre para usted cuando tenga que cubrir gastos tales como:

- Traslados en ambulancia
- Prueba Principal de Diagnóstico
- Visitas a sala de emergencias
- Quemaduras
- Cirugía y anestesia

### Características del Plan

- Los beneficios se le pagan directamente, a menos que se asignen de otro modo.
- La cobertura tiene emisión garantizada (lo cual significa que usted puede reunir los requisitos para una cobertura sin tener que responder preguntas sobre salud).
- Los beneficios se pagan independientemente de cualquier otro seguro médico.

## Lo que necesite, cuando lo necesite.

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



Para más información, llame al 800-906-8789 o visite [www.RossStoresVoluntaryBenefits.com](http://www.RossStoresVoluntaryBenefits.com)

# SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTE

	MONTO DEL BENEFICIO
<p><b>TRATAMIENTO INICIAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente, no corresponde pagar por servicios de telemedicina) Corresponde pagar cuando un asegurado recibe tratamiento inicial por una lesión accidental cubierta. Este beneficio se paga por el tratamiento inicial recibido conforme a lo indicado por un médico cuando el asegurado visita las siguientes instituciones:</p>	
Sala de emergencias de un hospital con/sin radiografías	\$350/\$250
Centro de cuidado de urgencia con/sin radiografías	\$350/\$250
Consultorio del médico o centro (que no sea la sala de emergencia de un hospital o atención de urgencia) con/sin radiografías	\$350/\$250
<p><b>AMBULANCIA</b> (dentro de los 90 días posteriores al accidente) Corresponde pagar cuando el asegurado es transportado por un servicio profesional de ambulancia debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$400 Por Tierra \$1,200 Aire
<p><b>PRUEBA PRINCIPAL DE DIAGNÓSTICO</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Corresponde pagar cuando el asegurado necesita uno de los siguientes exámenes: Tomografía Computarizada (CT/Angiotomografía computarizada, CTA), Resonancia Magnética (MRI) o Electroencefalograma (EEG) debido a una lesión accidental. Estos exámenes deben realizarse en un hospital, un consultorio médico, un centro de diagnóstico por imágenes o un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	\$300
<p><b>OBSERVACIÓN EN SALA DE EMERGENCIA</b> (dentro de los 7 días posteriores al accidente) Corresponde pagar cuando el asegurado recibe tratamiento en la sala de emergencias de un hospital y queda en observación en un hospital sin ser ingresado como paciente hospitalizado, debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$100 Cada período de 24 horas  \$50 Menos de 24 horas, pero al menos 4 horas
<p><b>SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS</b> (3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Corresponde pagar por cada día que el asegurado recibe sangre, plasma o plaquetas debido a una lesión accidental cubierta.</p>	\$300
<p><b>QUEMADURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Corresponde pagar cuando el asegurado se quema durante un accidente cubierto y es tratado por un médico. Pagaremos de acuerdo con el porcentaje de la superficie corporal quemada. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.</p>	
<b>Quemaduras de Segundo Grado</b>	
Menos del 10%	\$100
Al menos 10% pero menos del 25%	\$200
Al menos 25% pero menos del 35%	\$500
35% o más	\$1,000
<b>Quemaduras de Tercer Grado</b>	
Menos del 10%	\$1,000
Al menos 10% pero menos del 25%	\$5,000
Al menos 25% pero menos del 35%	\$10,000
35% o más	\$20,000
<p><b>CONMOCIÓN CEREBRAL</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Corresponde pagar cuando un médico diagnostica al asegurado con una conmoción cerebral debido a un accidente cubierto.</p>	\$300

<p><b>COMA</b> (una vez por accidente) Corresponde pagar cuando el asegurado está en coma durante 30 días o más, como resultado de un accidente cubierto. A los fines de este beneficio, se entiende por coma el estado de inconsciencia profunda causado por un accidente cubierto.</p>	\$7,500
<p><b>TRABAJO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA</b> (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero cuando se lesionan los dientes naturales del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto.</p>	<p>\$100 Extracción</p> <p>\$300 Reparación con corona</p>
<p><b>LESIONES OCULARES</b> Pagadero por las lesiones oculares si, debido a un accidente cubierto, el médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.</p>	\$250
<p><b>FRACTURAS</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado se fractura un hueso debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la fractura requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por ese hueso. En caso de múltiples fracturas (más de una fractura en un accidente), pagaremos un máximo del 200% del monto del beneficio para el hueso fracturado que tenga el valor en dólares más alto. En caso de una fractura con esquirla (un trozo de hueso que está completamente roto cerca de una articulación), pagaremos el 25% del monto que corresponde al hueso afectado. No corresponde pagar este beneficio en caso de fracturas por estrés.</p>	Hasta \$4,000 basado en un cuadro
<p><b>LUXACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 90 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado sufre una luxación de una articulación debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la luxación requiere reducción abierta, el 200% del beneficio es pagadero por esa articulación. Pagaremos beneficios solo para la primera luxación de una articulación. No pagaremos beneficios por luxaciones recurrentes de la misma articulación. Si el asegurado se luxa una articulación antes de la fecha de vigencia de su certificado y después se luxa la misma articulación nuevamente, la misma no estará cubierta por el plan. En caso de múltiples luxaciones (más de una articulación luxada en un accidente), pagaremos un máximo del 200% del monto del beneficio para la articulación luxada que tenga el valor en dólares más alto. En caso de una luxación parcial (la articulación no está completamente separada, incluida subluxación), pagaremos el 25% del monto que corresponde a la articulación afectada.</p>	Hasta \$3,000 basado en un cuadro
<p><b>LACERACIONES</b> (una vez por accidente, dentro de los 7 días posteriores al accidente) Pagadero cuando el asegurado sufre una laceración debido a un accidente cubierto y la laceración es reparada por un médico. En caso de laceraciones múltiples, pagaremos un máximo del 200% del beneficio correspondiente a la laceración simple más grande que requiera puntos de sutura. Laceraciones que requieren puntos de sutura (incluyendo el adhesivo líquido para la piel):</p> <p>Más de 15 centímetros</p> <p>5-15 centímetros</p> <p>Menos de 5 centímetros</p> <p>Laceraciones que no requieren puntos de sutura</p>	<p>\$600</p> <p>\$200</p> <p>\$150</p> <p>\$25</p>
<p><b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio, dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.</p>	\$400
<p><b>CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA</b> (por día/realizada en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia; máximo de dos procedimientos por accidente, dentro de un año del accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico ambulatorio, realizado por un médico en un consultorio médico, en un centro de cuidado de urgencia o en una sala de emergencia. El procedimiento quirúrgico no incluye la reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio está cubierto bajo algún otro beneficio en este plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.</p>	\$40
<p><b>CIRUGÍA Y ANESTESIA PARA PACIENTE HOSPITALIZADO</b> (por día/dentro de un año posterior al accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, el asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico con hospitalización, realizado por un médico. La cirugía debe ser realizada mientras el asegurado está internado en un hospital como paciente interno. Si un procedimiento quirúrgico con hospitalización está cubierto bajo algún otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.</p>	\$1,000
<p><b>TRANSPORTE</b> (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, 3 veces por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente) Pagadero por el transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y necesita un tratamiento hospitalario o un estudio de diagnóstico recomendado por el médico que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.</p>	<p>\$350 Avión</p> <p>\$350 Cualquier transporte terrestre</p>

## BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura del cónyuge está vigente al momento del fallecimiento del empleado, el cónyuge superviviente puede elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuará de acuerdo al plan existente y además incluiría la cobertura de los hijos dependientes activos en ese momento.

Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir, entre otros, reparación quirúrgica de: hernia de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotador, cartílago de la rodilla roto, puntos en la piel, reemplazo de articulación, lesiones internas que requieren cirugía de abdomen abierto o cirugía torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario debido a una lesión accidental.

## BENEFICIOS POR CUIDADOS POSTERIORES

### MONTO DEL BENEFICIO

### APARATOS (dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero si, como resultado de una lesión sufrida en un accidente cubierto, un médico aconseja que el asegurado use aparatos médicos indicados como una ayuda para la movilidad personal.

Bastón, Tobillera, Bota para caminar, Caminador, Muletas, Soporte para la pierna, Collar Cervical, Silla de ruedas,

\$100

Caminador de Rodilla, Chaqueta Ortésica, Corsé para la espalda

\$300

### TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POR ACCIDENTE (máximo de 6 por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días del accidente)

Pagadero por el tratamiento de seguimiento recetado por un médico, por las lesiones recibidas en un accidente cubierto.

\$100

Los tratamientos de seguimiento no incluyen fisioterapia, terapia ocupacional o del habla. Los procedimientos quiroprácticos o de acupuntura tampoco se consideran tratamientos de seguimiento.

### TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD) (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero si se diagnostica al asegurado PTSD, una afección médica mental desencadenada por un accidente cubierto. El asegurado debe cumplir con los criterios de diagnóstico correspondientes al PTSD, establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV (DSM IV-TR) y estar bajo el cuidado activo de un psiquiatra o de un psicólogo con doctorado.

\$200

### UNIDAD DE REHABILITACIÓN (máximo de 31 días por internación, no más de 62 días en total, por año calendario para cada asegurado)

Pagaremos el monto del beneficio por cada día que, debido a una lesión accidental cubierto, el asegurado reciba tratamiento como paciente hospitalizado en un centro de rehabilitación. Para que corresponda pagar este beneficio, el asegurado debe ser transferido a un centro de rehabilitación para el tratamiento posterior a la hospitalización.

\$125  
por día

No pagaremos beneficios por centro de rehabilitación por los mismos días que se pague el beneficio por hospitalización. Pagaremos el beneficio más alto que corresponda.

### TERAPIA (máximo de 10 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días después del accidente)

Pagadero si debido a las lesiones sufridas en un accidente cubierto, el asegurado es sometido a un tratamiento de terapia indicado por el médico, en una de las siguientes categorías: terapia física brindada por un fisioterapeuta con licencia, terapia ocupacional brindada por un terapeuta ocupacional acreditado o terapia del habla brindada por un terapeuta del habla acreditado.

\$60

### QUIROPRACTICA O TERAPIA ALTERNATIVA (máximo de 6 por accidente, comenzando dentro de los 90 días posteriores al accidente, siempre que el tratamiento inicial se realice dentro de los 7 días después del accidente)

Pagadero si debido a las lesiones sufridas en un accidente cubierto, el asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropráctico.

\$25

**BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN****MONTO DEL  
BENEFICIO****ADMISIÓN AL HOSPITAL** (una vez por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero cuando un asegurado ingresa a un hospital y permanece hospitalizado debido a una lesión accidental cubierta.

Este beneficio no es pagadero por hospitalizaciones en una unidad de observación o sala de emergencias o por tratamiento ambulatorio.

\$2,000  
por  
hospitalización

**HOSPITALIZACIÓN** (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero cuando un asegurado es ingresado a un hospital como paciente hospitalizado debido a una lesión accidental cubierta.

Si pagamos los beneficios por la hospitalización y el asegurado necesita ser ingresado nuevamente dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos esta hospitalización como parte del mismo período de hospitalización.

Pagaremos este beneficio solo por una hospitalización por vez, incluso si la hospitalización está causada por más de una lesión accidental. No pagaremos beneficios por hospitalizaciones en una unidad de observación o en un centro de rehabilitación.

\$250  
por día

**CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL** (máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero por cada día que el asegurado permanezca ingresado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital, debido a una lesión accidental cubierta.

Pagaremos los beneficios por una sola hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital por vez, incluso si es causada por más de una lesión accidental cubierta.

Si pagamos los beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y el asegurado es ingresado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los 6 meses debido a la misma lesión accidental, consideraremos esta hospitalización como parte del mismo período de hospitalización.

Este beneficio se paga además del Beneficio por Hospitalización.

\$250  
por día

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS INTERMEDIO** (máximo de 30 días por hospitalización por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero por cada día durante el que un asegurado permanezca hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos intermedio debido a una lesión accidental cubierta. Pagaremos los beneficios solo por una hospitalización a la vez en una unidad de cuidados intensivos intermedio, incluso si es causada por más de una lesión accidental cubierta.

Si pagamos los beneficios por hospitalización en una unidad de cuidados intensivos intermedio y el asegurado es ingresado nuevamente en una unidad de cuidados intensivos intermedio dentro de los 6 meses debido a la misma afección, consideraremos esta hospitalización como parte del mismo período de hospitalización.

Este beneficio se paga además del Beneficio por Hospitalización.

\$125  
por día

**ALOJAMIENTO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA** (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, un máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses posteriores al accidente)

Pagadero por cada noche de alojamiento en un motel/hotel/propiedad para alquiler para un miembro adulto de la familia directa del asegurado. Para que corresponda pagar el beneficio:

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

\$150  
por día

**BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA****MONTO DEL BENEFICIO****PARÁLISIS** (una vez por accidente, diagnosticada por un médico dentro de los seis meses posteriores al accidente)

Pagadero si el asegurado sufre pérdida permanente del movimiento de dos o más extremidades durante más de 90 días (en Utah, 30 días) como resultado de una lesión accidental cubierta.

Paraplejía

\$5,000

Tetraplejía

\$10,000

**PRÓTESIS** (una vez por accidente, hasta 2 dispositivos protésicos y un reemplazo por dispositivo por asegurado)\*

Pagadero cuando el asegurado recibe un dispositivo protésico, recetado por un médico, como resultado de una lesión accidental cubierta. Dispositivo protésico/prótesis significa un dispositivo artificial diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo. No corresponde pagar este beneficio por audífonos, pelucas o dispositivos dentales (que incluyen dentaduras postizas), reparación o reemplazo de dispositivos protésicos\* y/o reemplazos de articulaciones.

\$1,000

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

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

Pagadero una modificación estructural permanente de la residencia o el vehículo principal del asegurado, cuando el asegurado sufre una pérdida total y permanente o irreversible, debida a una lesión accidental cubierta, de:

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

\$1,000

**CLÁUSULA ADICIONAL POR PRUEBA PREVENTIVA****BENEFICIO POR PRUEBA PREVENTIVA** (una vez por año calendario)

Pagadero por exámenes preventivos realizados como resultado de un cuidado provisorio, incluido pruebas y procedimientos de diagnósticos ordenados en conexión con los exámenes de rutina.

\$50  
Primer  
año del  
certificado y  
en adelante

**CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS****BENEFICIO POR ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS**

Pagaremos un porcentaje adicional al monto pagadero del beneficio bajo el Plan de Seguro Colectivo de Accidente de Aflac por lesiones accidentales cubiertas que ocurran mientras participa en una actividad atlética organizada.

**Porcentaje  
del Monto  
Nominal**

25%

## EXCLUSIONES INICIALES PARA ACCIDENTE EXCLUSIONES

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

Las exclusiones del plan se aplican a todos los traslados, salvo que se indique lo contrario.

No pagaremos beneficios por lesión accidental, incapacidad o muerte a los que hayan contribuido, hayan sido causados o sean el resultado de\*:

- **Guerra** – participar de forma voluntaria en una guerra, cualquier acto de guerra o conflicto militar, declarado o no declarado, o participar de forma voluntaria o prestar servicio en el ejército, en las fuerzas armadas o en una unidad auxiliar de estas, o contratado por cualquier país o autoridad internacional. (Devolveremos la prima prorrateada de todo período no cubierto por el certificado cuando un asegurado se encuentre prestando tal servicio). Guerra también incluye participar de manera voluntaria en una insurrección, motín, conmoción civil o estado civil de agresividad. La guerra no incluye actos de terrorismo.
- **Suicidio** – cometer o intentar cometer suicidio, estando o no en control de las propias facultades mentales.
- **Enfermedad** – padecer alguna enfermedad mental o física o un proceso degenerativo. Tampoco pagaremos beneficios por:
  - Reacciones alérgicas
  - Cualquier infección o infestación bacteriana, viral o por microorganismos o cualquier afección que resulte de picaduras o mordeduras de insectos, arácnidos u otros artrópodos.
  - Un error, percance o mala praxis durante un tratamiento o procedimiento médico, de diagnóstico o quirúrgico por cualquier enfermedad
  - Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimiento de diagnóstico para dicha enfermedad
- **Lesiones Autoinfligidas** – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
- **Carreras** – subirse o conducir algún vehículo motorizado en una carrera, escena acrobática o prueba de velocidad, en una competencia profesional o semiprofesional.
  - En Idaho: no aplica esta exclusión
- **Empleo ilegal** – participar, cometer o intentar cometer un delito grave o una acción o actividad ilegal de manera voluntaria, o trabajar o involucrarse en una ocupación o empleo ilegal de manera voluntaria.
- **Deportes** – participar en algún deporte organizado en carácter profesional o semiprofesional por un pago o ganancia.
- **Cirugía Cosmética** – someterse a una cirugía cosmética u otros procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios o a un tratamiento odontológico, excepto como resultado de un accidente cubierto.

Para la Cobertura de 24 horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones:

Una lesión derivada de un empleo.

Una lesión o enfermedad cubierta por indemnización por accidente laboral.

## DEFINICIONES

**Lesión Accidental** significa daño físico accidental a un asegurado que resulte de un evento traumático imprevisible e inesperado. Debe ser el resultado directo de un accidente y no el resultado de una enfermedad o dolencia física. **Una Lesión**

**Accidental Cubierta** es una lesión accidental que ocurre mientras la cobertura está vigente. Un **Accidente Cubierto** es un accidente ocurrido en la fecha de entrada en vigencia del asegurado, o después, mientras la cobertura está vigente, y que no se encuentre específicamente excluido por el plan.

**Centro Quirúrgico Ambulatorio** se define como un centro quirúrgico autorizado, que consta de una sala de operaciones, instalaciones para la administración de la anestesia general y una sala de recuperación posquirúrgica, en la que el paciente es internado y dado de alta en un plazo menor a 24 horas.

**Hijo o Hijos Dependientes** son sus hijos naturales o los hijos naturales de su cónyuge, los hijastros, los nietos que están bajo su custodia legal y residen con usted, los niños acogidos, los niños sujetos a tutoría legal, los niños adoptados o los niños colocados para adopción, que sean menores de 26 años. Los niños recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento, durante 60 días. Los niños recién adoptados podrán estar también automáticamente cubiertos durante 60 días. Consulte el certificado para obtener más información.

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

En Montana, a los fines del tratamiento, el asegurado puede elegir libremente cualquier médico acreditado, asistente médico, dentista, osteópata, quiropráctico, optometrista,

podólogo, psicólogo, trabajador social acreditado, psicólogo, asesor profesional autorizado, acupunturista, médico naturópata, fisioterapeuta, patólogo del habla-lenguaje, audiólogo, asesor en adicciones acreditado o enfermero matriculado con práctica avanzada.

**Un Médico** no incluye a la persona asegurada y los miembros de su familia. 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 y hermano. Se incluyen los miembros de la familia adoptiva y miembros de la familia política.

El término **Hospital** excluye específicamente cualquier centro que no satisfaga la definición de hospital según se define en este plan, incluido entre otros:

- Una residencia geriátrica,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro de atención prolongada,
- Un centro para el tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, o
- Un centro de enfermería especializada,
- Un centro de vida asistida.
- Una residencia de reposo o para adultos mayores,

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

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

**Tratamiento** se refiere a la consulta, atención o servicios brindados por un médico. Esto incluye someterse a cualquier prueba de diagnóstico y tomar medicamentos y fármacos recetados. El tratamiento no incluye los servicios médicos a distancia.

**Atención de Urgencia** es una clínica ambulatoria que ofrece atención ambulatoria a pacientes ambulatorios, en un centro médico especializado para enfermedades o lesiones que requieren atención inmediata, pero que no son lo suficientemente graves como para requerir una visita a una sala de emergencias.

## BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

**Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital** un lugar que satisface los siguientes criterios:

- Es un área específicamente asignada del hospital, denominada unidad de cuidados intensivos del hospital;
- Brinda el más alto nivel de atención médica;
- Está restringida a pacientes que están gravemente enfermos o lesionados, y que requieren observación y atención exhaustiva;
- Está separada y lejos de la sala de recuperación quirúrgica y de las habitaciones, camas y pabellones que se usan normalmente para internación de pacientes;
- Está permanentemente equipada con equipo especial para salvar vidas, para la atención de quienes están gravemente enfermos o lesionados;
- Esta bajo estricta observación por parte de personal de enfermería especialmente capacitado, asignado exclusivamente a la unidad de cuidados intensivos del hospital las 24 horas del día, y
- Cuenta con un médico asignado permanentemente a la unidad de cuidados intensivos del hospital.

El término **Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital** específicamente excluye todo tipo

de centro que no cumpla con la definición de unidad de cuidados intensivos del hospital de este plan, incluidas, entre otras, habitaciones privadas monitoreadas, salas de recuperación quirúrgica, unidades de observación y las siguientes unidades inferiores:

- Una unidad de atención progresiva;
- Una unidad de cuidados intensivos de subagudos; o
- Una unidad de cuidados intermedios.

**Unidad de Cuidados Intensivos Intermedia** se refiere a cualquiera de las siguientes:

- Una unidad de atención progresiva;
- Una unidad de cuidados intensivos de subagudos;
- Una unidad de cuidados intermedios; o
- Una unidad de cuidados previos o posteriores a los cuidados intensivos.

Una unidad de cuidados intensivos intermedia no es una unidad de cuidados intensivos, conforme a la definición de este plan.

## BENEFICIOS POR CUIDADOS POSTERIORES

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

**Psicólogo** es un profesional clínico de salud mental que trabaja con pacientes. Un psicólogo no es un doctor en medicina que habitualmente proporciona intervenciones médicas y terapias con medicamentos, sino que brinda análisis y orientación.

**Centro de Rehabilitación** es una unidad o un centro que brinda servicios multidisciplinarios coordinados de rehabilitación física. Estos servicios deben prestarse a



pacientes internados bajo la dirección de un médico. El médico debe tener conocimiento y experiencia en medicina de rehabilitación. Las camas deben estar instaladas en una unidad o centro específicamente designado y con dotación de personal especial para este servicio. No es un centro para el tratamiento del alcoholismo o la adicción a las drogas.

### **EXCLUSIONES DE LA CLÁUSULA ADICIONAL POR ACTIVIDADES ATLÉTICAS ORGANIZADAS**

El Beneficio por Actividades Atléticas Organizadas no es pagadero por lesiones accidentales que son causadas por o que ocurran debido a la participación del asegurado en cualquier deporte o actividad atlética por un sueldo, compensación o beneficio, incluyendo el arbitraje o el entrenamiento; o carreras de cualquier tipo de vehículo en un evento organizado (de carácter profesional en Idaho).

Este beneficio no es pagadero por lesiones accidentales que son causadas por o que ocurran debido a educación física (excepto en Idaho).

#### **DEFINICIONES**

**Actividades Atléticas Organizadas** se refiere a una competencia atlética o práctica organizada bajo supervisión. Las Actividades Atléticas Organizadas se realizan durante una temporada predeterminada a menudo y de manera programada. La competencia debe registrarse por un conjunto de reglas escritas y debe ser oficializada por una persona certificada y con la capacidad para ejercer esa actividad. La competencia también debe ser supervisada por una entidad legal, como un sistema escolar público o en una conferencia deportiva. La entidad legal debe tener un conjunto de estatutos y la competencia debe tener lugar en un reglamento. La participación debe ser por aficionados.

### **USTED PODRÁ CONTINUAR SU COBERTURA**

Su cobertura podrá continuar bajo ciertas condiciones. Consulte el certificado para obtener más información.

### **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Su seguro puede terminar en la fecha en que concluye el plan, el día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima si la misma no ha sido pagada, o la fecha en que deja de pertenecer a una clase elegible. Si termina su cobertura, brindaremos beneficios para las reclamaciones válidas que surgieron mientras la cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para obtener más información. Consulte el certificado para obtener más información.

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

**Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan solo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente.**

**aflacgroupinsurance.com** | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands. Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

El certificado al que pertenece este material de venta está 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 de la Póliza Serie C70000.