

Plan Dos

Accident Indemnity Advantage[®]

*Seguro de 24 Horas al Día
por Accidente Solamente*

Si alguna vez ha estado fuera de su trabajo debido a una lesión, usted sabe que hay dos cosas que son difíciles de adquirir:

***Tranquilidad y beneficios
en efectivo.***

Nuestras pólizas de seguros ayudan a proveer ambas.



Aflac[®]

American Family Life Assurance
Company of Columbus (Aflac)

Plan Dos

Accident Indemnity Advantage[®]

Seguro de 24 Horas al Día por Accidente Solamente

Póliza de la Serie A35000

La Necesidad

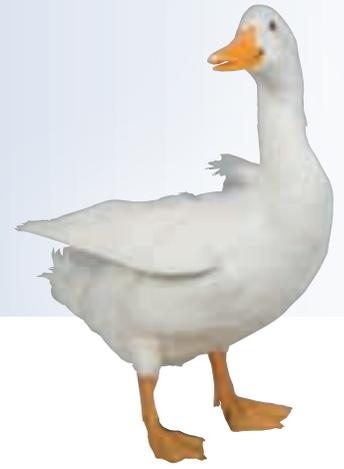
*Los accidentes, le ocurren a toda clase de personas diariamente. En el 2005, más de 30 millones de personas buscaron asistencia médica debido a una lesión y casi 3 millones de éstas fueron hospitalizadas.**

¿Cuál sería el impacto financiero de una lesión para su seguridad? ¿Está preparado para las deudas por gastos médicos, además de los gastos diarios del hogar y la pérdida de devengar un salario? Los gastos que tienen que ser pagados del propio bolsillo, asociados con un accidente son a menudo inesperados y costosos; quizás el accidente no pudo prevenirse, pero el impacto en sus finanzas y su bienestar puede ciertamente ser disminuido.

Aflac le paga los beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que lo elija de otra manera. Esto significa que usted tendrá recursos financieros adicionales para ayudarle con los gastos incurridos debido a una lesión, con los gastos de la vida diaria, o para lo que usted decida. El plan de accidente, Accident Indemnity Advantage de Aflac está diseñado para proveerle beneficios en efectivo durante las diversas fases del tratamiento, sin que se tome en cuenta la gravedad de la lesión.

La Póliza del Seguro Accident Indemnity Advantage no tiene:

- Deducibles ni co-pagos.
- Límite máximo de por vida.
- Limitaciones de red de proveedores—usted elige su propio proveedor de tratamiento médico.
- Coordinación de beneficios—pagamos sin importar que otro seguro tenga.



Al pagar beneficios en efectivo debido a lesiones accidentales, Aflac le permite tomar control y ayudarle a cubrir las necesidades en un futuro imprevisible. Su propia tranquilidad y la certeza de que su familia tendrá ayuda económicamente son buenos motivos para que considere a Aflac.

Cuando considera el costo competitivo de proveerle la cobertura de Aflac a su familia, es realmente extraordinario que esta póliza podría protegerle a usted y a sus seres queridos de la incertidumbre financiera durante momentos de mucho estrés. Saber que se ha preparado para las consecuencias financieras que resultan de un accidente es seguridad suficiente, lo cual le otorga fortaleza física y confianza para posibilidades inciertas.

Aflac es líder en el mercado con más de 50 años en la industria del seguro. Continuamos siendo clasificados como el proveedor número uno del seguro médico individual y con renovación garantizada en los Estados Unidos ("Life and Health Statistical Report," *National Underwriter*, agosto de 2008), y nos esforzamos arduamente para ayudar a satisfacer sus necesidades del seguro.

Los gastos que tienen que ser pagados del propio bolsillo, asociados con un accidente son a menudo inesperados y costosos; quizás el accidente no pudo prevenirse, pero el impacto en sus finanzas y su bienestar puede ciertamente ser disminuido.

La póliza a la cual pertenece este material de ventas está escrita en inglés solamente;
la póliza prevalece si la interpretación de este material varía.

Beneficio	Cantidad del Beneficio	Información Adicional Sobre los Beneficios
Pruebas Preventivas	\$60 una vez por póliza, por cada período de 12 meses, pagadero después que la póliza haya estado vigente por 12 meses	Pagadero si usted o un miembro de su familia recibe exámenes de rutina u otras pruebas preventivas durante el año subsiguiente de la póliza. Los miembros de su familia que califican son su Cónyuge e Hijos Dependientes, tanto suyos como los de su Cónyuge. Los servicios cubiertos son exámenes físicos anuales, exámenes dentales, mamografías, pruebas de Papanicolau, exámenes de los ojos, inmunizaciones, sigmoidoscopías flexibles, ultrasonidos, pruebas de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), y pruebas exploratorias de la sangre. Este beneficio se hará disponible al cumplirse cada aniversario de la fecha de vigencia de la póliza por los servicios recibidos durante el siguiente año de la póliza y es pagadero solamente una vez por póliza por cada período de 12 meses siguientes a la fecha de aniversario de su póliza. Los servicios deben recibirse bajo la supervisión o recomendación de un médico, durante la vigencia de la póliza, y se deberá incurrir un cargo por los mismos.
<p>Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si la Muerte Accidental, desmembramiento o Lesión de una Persona Cubierta es causada por un accidente cubierto que ocurra en el trabajo o fuera del trabajo. La Muerte Accidental, el desmembramiento o la Lesión deben ser independientes de una Enfermedad o el tratamiento médico o quirúrgico de una Enfermedad o cualquier otra causa que no sea un accidente cubierto por la póliza. La Muerte Accidental, desmembramiento o Lesión cubierta deberán ocurrir mientras la póliza está vigente y están sujetas a las limitaciones y exclusiones. El tratamiento o la hospitalización en un hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere el cobro de cargos para que los beneficios sean pagaderos.</p>		
Tratamiento de Emergencia debido a Accidente	\$120 una vez por cada período de 24 horas y una vez por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta reciba tratamiento por Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza. Este beneficio es pagadero por el tratamiento provisto por un médico o el tratamiento provisto en la sala de emergencia de un hospital. El tratamiento tendrá que recibirse dentro de las 72 horas después del accidente para que los beneficios sean pagaderos.
Radiografías	\$25 una vez por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta requiera una radiografía mientras recibe tratamiento de emergencia en un hospital o una sala de emergencia de un hospital por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Este beneficio no es pagadero por radiografías tomadas en el consultorio de un médico. El Beneficio de Radiografías no es pagadero por los exámenes indicados en el Beneficio de Exámenes Principales de Diagnóstico.
Tratamiento de Seguimiento debido a Accidente	\$35 por un tratamiento por día, hasta un máximo de seis tratamientos por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta reciba tratamiento de emergencia por Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza y luego requiere tratamiento adicional además del tratamiento de emergencia recibido dentro de las primeras 72 horas del accidente. El tratamiento debe comenzar dentro de los 30 días a partir del accidente cubierto o de haber sido dado de alta del hospital. Los tratamientos tendrán que ser provistos por un médico en un consultorio médico o en un hospital como paciente ambulatorio. Este beneficio es pagadero por acupuntura cuando es realizada por un acupunturista certificado con licencia. El Beneficio por Seguimiento debido a Accidente no será pagadero por los mismos días que se paga el Beneficio de Fisioterapia.
Hospitalización Inicial debido a Accidente	\$1,000 una vez por período de Hospitalización o \$2,000 una vez cuando una Persona Cubierta es ingresada directamente en una unidad de cuidados intensivos en un hospital; pagadero una vez por año calendario, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta sea ingresada para una Hospitalización de por lo menos 18 horas para recibir tratamiento por Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza o si una Persona Cubierta es ingresada directamente en una unidad de cuidados intensivos en un hospital para recibir tratamiento por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Las Hospitalizaciones tendrán que haber comenzado dentro de los 30 días del accidente.
Hospitalización debido a Accidente	\$250 por día hasta un máximo de 365 días por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta sea ingresada para una Hospitalización de por lo menos 18 horas para recibir tratamiento por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Las Hospitalizaciones tendrán que haber comenzado dentro de los 30 días del accidente. El Beneficio por Hospitalización debido a Accidente y el Beneficio de Unidad de Rehabilitación no se pagarán el mismo día. Se pagará el beneficio más alto que corresponda.
Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos	\$400 adicionales por cada día, por hasta 15 días por un accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero por cada día que una Persona Cubierta reciba el Beneficio por Hospitalización debido a Accidente y esté hospitalizada e incurra cargos por una habitación en una unidad de cuidados intensivos para el tratamiento de Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Las Hospitalizaciones tendrán que haber comenzado dentro de los 30 días del accidente.

Beneficio	Cantidad del Beneficio	Información Adicional Sobre los Beneficios
Sumas Específicas por Lesiones debido a Accidente	\$35–\$12,500 (conforme a la póliza) por: <ul style="list-style-type: none"> • Luxaciones • Quemaduras • Injertos de piel • Lesiones oculares • Laceraciones • Fracturas • Conmoción • Servicio odontológico de emergencia • Coma • Parálisis • Intervenciones quirúrgicas • Intervenciones quirúrgicas misceláneas 	<p>El tratamiento debe realizarse en una Persona Cubierta por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Sólo pagaremos por dos luxaciones por accidente cubierto, por Persona Cubierta. Los beneficios son pagaderos solamente por la primera luxación de una articulación. Si una luxación es reducida con o sin anestesia local, por parte de un médico, pagaremos el 25 por ciento de la cantidad indicada para la reducción cerrada de una luxación. Las quemaduras deben ser tratadas por un médico dentro de las 72 horas después de haber ocurrido el accidente cubierto. Si una Persona Cubierta recibe uno o más injertos de piel por una quemadura cubierta por la póliza, pagaremos un total de 50 por ciento del beneficio por quemaduras que se haya pagado por dicha quemadura. Las laceraciones deben ser reparadas dentro de las 72 horas después del accidente y bajo atención de un médico. Pagaremos el 25 por ciento de la cantidad del beneficio indicado para reducción cerrada de fracturas astilladas y otras fracturas no reducidas por reducción abierta o cerrada. Sólo pagaremos por dos fracturas por accidente cubierto, por Persona Cubierta. Los servicios odontológicos de emergencia no incluyen dientes falsos tales como dentaduras postizas, puentes, carillas, parciales, coronas o implantes. Sólo pagaremos por un servicio odontológico de emergencia por accidente cubierto, por Persona Cubierta. La parálisis debe durar un mínimo de 30 días, y este beneficio será pagadero una sola vez por cada Persona Cubierta. El coma deberá durar un mínimo de siete días. El coma no incluye el coma inducido médicamente. El tratamiento por intervenciones quirúrgicas debe llevarse a cabo dentro del plazo de un año a partir del accidente cubierto por la póliza. Dos o más intervenciones quirúrgicas realizadas en la misma incisión serán consideradas como una sola operación, y los beneficios se pagarán basándose en la intervención más costosa. Sólo un beneficio por intervención quirúrgica miscelánea es pagadero por cada período de 24 horas, aunque se realice más de una intervención quirúrgica.</p>
Exámenes Principales de Diagnóstico	\$200 una vez por año calendario, por Persona Cubierta	<p>Pagadero cuando una Persona Cubierta requiera uno de los siguientes exámenes debido a Lesiones sufridas en un accidente cubierto y se incurra un cargo: tomografía computarizada (CT scan), tomografía axial computarizada (CAT), imagen de resonancia magnética (MRI) o electroencefalografía (EEG). Estos exámenes se deben realizar en un hospital o en un consultorio médico. Los exámenes indicados en el Beneficio de Exámenes Principales de Diagnóstico no serán pagaderos bajo el Beneficio de Radiografías.</p>
Tratamiento del Dolor Epidural	\$100 pagadero por un máximo de dos veces por accidente cubierto, por Persona Cubierta	<p>Pagadero cuando a una Persona Cubierta le sea recetada, reciba e incurra un cargo por una epidural administrada en un hospital o consultorio médico para el tratamiento del dolor causado por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Este beneficio no es pagadero por una epidural administrada durante un procedimiento quirúrgico.</p>
Fisioterapia	\$35 por tratamiento por un tratamiento por día, hasta un máximo de diez tratamientos por accidente cubierto, por Persona Cubierta	<p>Pagadero cuando una Persona Cubierta reciba tratamiento de emergencia por Lesiones sufridas en un accidente cubierto y posteriormente un médico recomienda que la Persona Cubierta reciba tratamiento por parte de un fisioterapeuta autorizado. La fisioterapia debe ser por Lesiones sufridas en un accidente cubierto y deberá comenzar dentro de los 30 días a partir del accidente cubierto o de haber sido dada de alta del hospital. El tratamiento tendrá que ser provisto dentro de los seis meses después del accidente. El Beneficio de Fisioterapia no será pagadero por los mismos días que se paga el Beneficio por Tratamiento de Seguimiento debido a Accidente.</p>
Unidad de Rehabilitación	\$150 por día, limitado a 30 días por cada Persona Cubierta por período de Hospitalización y limitado a un máximo de 60 días por año calendario	<p>Pagadero cuando una Persona Cubierta sea ingresada para una Hospitalización y es trasladada a una cama en una unidad de rehabilitación del hospital para el tratamiento de Lesiones sufridas en un accidente cubierto y se incurra un cargo. El Beneficio de Unidad de Rehabilitación no será pagadero por los mismos días que se pague el Beneficio por Hospitalización debido a Accidente. Se pagará el beneficio más alto que corresponda. No hay límite máximo de por vida.</p>
Aparatos Médicos	\$125 una vez por accidente cubierto, por Persona Cubierta	<p>Pagadero cuando una Persona Cubierta reciba un aparato médico, recetado por un médico, como una ayuda para la locomoción personal, por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Los beneficios son pagaderos por los siguientes tipos de aparatos médicos: silla de ruedas, aparato ortopédico para la pierna, aparato ortopédico para la espalda, andador y/o un par de muletas.</p>

La póliza tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Vea la póliza para detalles completos, definiciones, limitaciones y exclusiones.

Beneficio	Cantidad del Beneficio	Información Adicional Sobre los Beneficios																
Prótesis	\$750 una vez por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta requiera el uso de un aparato protésico debido a Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza. Este beneficio no es pagadero por la reparación o reemplazo de aparatos protésicos, audifonos, pelucas o dispositivos dentales, entre éstos, dentaduras postizas.																
Sangre/ Plasma/ Plaquetas	\$200 una vez por accidente cubierto, por Persona Cubierta	Pagadero cuando una Persona Cubierta recibe sangre/plasma y/o plaquetas para el tratamiento de Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza. Este beneficio no se paga por inmunoglobulinas.																
Ambulancia	<p>\$200 cuando una Persona Cubierta requiera transporte en ambulancia</p> <p>\$1,500 cuando una Persona Cubierta requiera transporte por ambulancia aérea</p>	Pagadero cuando una Persona Cubierta requiera transporte en ambulancia o transporte en ambulancia aérea a un hospital por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. El traslado en ambulancia deberá ocurrir dentro de las 72 horas de haber sucedido el accidente cubierto. El servicio de ambulancia deberá ser provisto por una compañía de ambulancias profesional y debidamente autorizada.																
Transporte	\$600 por viaje de ida y vuelta, por un máximo de tres viajes de ida y vuelta por año calendario, por Persona Cubierta	Pagadero por viaje de ida y vuelta a un hospital cuando una Persona Cubierta requiera Hospitalización para un tratamiento médico debido a una Lesión sufrida en un accidente cubierto. Este beneficio también es pagadero cuando un Hijo Dependiente cubierto requiera hospitalización para un tratamiento médico debido a una Lesión sufrida en un accidente cubierto si se requiere viajar en un transporte comercial y dicho Hijo Dependiente está acompañado por un miembro de la familia inmediata. Este beneficio no es pagadero por el transporte a un hospital ubicado dentro de un radio de 50 millas desde el sitio donde ocurrió el accidente o el lugar de residencia de la Persona Cubierta. El tratamiento que requiere Hospitalización tendrá que ser prescrito por el médico de cabecera local que le atiende, y dicho tratamiento no podrá estar disponible localmente. Este beneficio no es pagadero por el transporte al hospital en ambulancia terrestre o aérea.																
Alojamiento para la Familia	\$125 por noche, limitado a una habitación en un motel o en un hotel por noche, hasta 30 días por accidente cubierto	Pagadero por una habitación en un motel o en un hotel para un miembro de la familia inmediata que acompañe a una Persona Cubierta quien ha sido Hospitalizada para recibir tratamiento por Lesiones sufridas en un accidente cubierto. Este beneficio es pagadero solamente durante el período de tiempo en que la Persona Cubierta lesionada esté internada en el hospital. El hospital y el motel u hotel deberán estar a más de 50 millas desde el lugar de residencia de la Persona Cubierta.																
Muerte Accidental	<table border="1" data-bbox="261 1518 634 1921"> <thead> <tr> <th></th> <th>Accidente en Vehículos de Transporte Común</th> <th>Otro Accidente</th> <th>Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asegurado</td> <td>\$150,000</td> <td>\$40,000</td> <td>\$10,000</td> </tr> <tr> <td>Cónyuge</td> <td>\$150,000</td> <td>\$40,000</td> <td>\$10,000</td> </tr> <tr> <td>Hijo(a)</td> <td>\$ 25,000</td> <td>\$12,500</td> <td>\$ 3,125</td> </tr> </tbody> </table>		Accidente en Vehículos de Transporte Común	Otro Accidente	Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa	Asegurado	\$150,000	\$40,000	\$10,000	Cónyuge	\$150,000	\$40,000	\$10,000	Hijo(a)	\$ 25,000	\$12,500	\$ 3,125	<p>Pagaremos el beneficio de suma global correspondiente por la Muerte Accidental de una Persona Cubierta. La Muerte Accidental tendrá que ocurrir como consecuencia de una Lesión sufrida en un accidente cubierto por la póliza y dentro de los 90 días de dicho accidente. Aviso: No recomendamos que nombre a un menor como su beneficiario. Si usted designa a un menor como beneficiario, cualquier beneficio que se deba a su beneficiario menor de edad, no será pagadero hasta que el tribunal de justicia nombre a un tutor para el patrimonio financiero del menor o dicho beneficiario alcance la mayoría de edad, según lo establecido por su estado. Si no hay un beneficiario, Aflac pagará todos los beneficios correspondientes a su patrimonio hereditario.</p> <p>Por favor lea la sección del folleto sobre Definiciones que Usted Necesita Conocer para más detalles sobre Accidentes en Vehículos de Transporte Común, Otros Accidentes, y Accidentes por Causa de una Actividad Peligrosa.</p>
	Accidente en Vehículos de Transporte Común	Otro Accidente	Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa															
Asegurado	\$150,000	\$40,000	\$10,000															
Cónyuge	\$150,000	\$40,000	\$10,000															
Hijo(a)	\$ 25,000	\$12,500	\$ 3,125															

Beneficio	Cantidad del Beneficio	Información Adicional Sobre los Beneficios
Desmembramiento Accidental	\$625–\$40,000	Pagaremos el beneficio de suma global correspondiente por desmembramiento indicado en la póliza. El desmembramiento tendrá que ocurrir como resultado de Lesiones sufridas en un accidente cubierto bajo la póliza y dentro de los 90 días del accidente. Solamente pagaremos el beneficio mayor por cada Persona Cubierta por desmembramiento. Los beneficios serán pagados sólo una vez por Persona Cubierta, por accidente cubierto. Si la muerte y el desmembramiento ocurrieran como a consecuencia del mismo accidente, sólo pagaremos el Beneficio por Muerte Accidental. La pérdida de la función no constituye un desmembramiento, excepto a las lesiones oculares que resulten en la pérdida de la visión en forma permanente, de modo que la agudeza visual central no se puede corregir a más de 20/200.
Continuación de Cobertura	Cesión del derecho a todas las primas mensuales por hasta dos meses	Cederemos el derecho a todas las primas mensuales vencidas para la póliza y las cláusulas adicionales por hasta dos meses, si usted cumple con todas las siguientes condiciones: (1) Su póliza ha estado vigente durante un mínimo de seis meses; (2) Hemos recibido las primas por un mínimo de seis meses consecutivos; (3) Sus primas han sido pagadas por deducción de nómina y usted ha dejado su empleo por alguna razón; (4) Usted o su empleador nos notifica por escrito, dentro de los 30 días a partir de haber cesado de pagar sus primas que usted ha dejado su empleo; y (5) Usted restablece el pago de las primas a través del proceso de deducción de nómina con su nuevo empleador o mediante pago directo a Aflac. Usted volverá a cumplir con los requisitos para recibir este beneficio después de restablecer el pago de sus primas mediante deducción de nómina por un período mínimo de seis meses, y nosotros recibamos el pago de sus primas por un mínimo de seis meses consecutivos. (<i>Deducción de nómina</i> significa que el pago de su prima es remitido a Aflac por su empleador mediante un proceso de deducción de nómina.)

Lo Que No Está Cubierto

Limitaciones y Exclusiones

No pagaremos beneficios por servicios provistos por usted o un miembro de la familia inmediata de una Persona Cubierta. No pagaremos beneficios por tratamiento o pérdida a causa de una Enfermedad incluyendo (1) cualquier infección o infestación bacteriana, vírica o por microorganismo, cualquier condición de salud que resulte de la picadura o mordida de un insecto, arácnido u otro artrópodo; o (2) un error, percance, o negligencia profesional durante el tratamiento médico, quirúrgico o el diagnóstico o, un procedimiento para cualquier Enfermedad. No pagaremos beneficios cuando la cobertura provista por la póliza esté en violación de cualquier sanción económica o comercial de los Estados Unidos. Si la cobertura violara sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, dicha cobertura quedará nula e inválida.

No pagaremos beneficios por una Lesión, tratamiento, incapacidad o pérdida causada por o que ocurra como consecuencia de la Persona Asegurada:

- Participar en cualquier actividad o evento, incluyendo la conducción de un vehículo, estando bajo los efectos de una sustancia controlada (a menos que sea administrada por un médico y tomada de acuerdo a las instrucciones del médico) o al estar intoxicada (*intoxicada* se refiere a aquella condición definida como tal por la ley de la jurisdicción en la que hubiera ocurrido el accidente);
- Usar cualquier droga, narcótico, alucinógeno o sustancia química (a menos que sea administrada por un médico y tomada de acuerdo a las instrucciones del médico) o tomar voluntariamente cualquier clase de veneno o inhalar cualquier clase de gas o vapores;
- Participar o intentar participar en cualquier actividad ilegal definida como delito grave, sea acusada o no (*delito grave* se define por la ley de la jurisdicción en la cual haya sucedido el hecho); o estar encarcelada en cualquier tipo de institución penal;
- Intencionalmente se autoinfliga lesiones corporales, o cometa o intente suicidio, estando cuerda o demente;
- Someterse a cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no fuera médicamente necesario;
- Someterse a tratamiento dental, excepto como resultado de una Lesión;
- Estar expuesto a guerras o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado;
- Prestar servicio activo en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas, incluyendo la Guardia Nacional o la Reserva.

Un Hospital no incluye ninguna institución o parte de la misma utilizada como una unidad de rehabilitación; unidad para enfermos terminales, incluyendo ninguna cama denominada como una cama para enfermos terminales o una cama de atención transitoria (“swing bed”); un hogar de convalecencia; un centro de descanso o enfermería; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializado; o un centro que principalmente provea cuidados tutelares o educativos, cuidado o tratamiento para personas que sufren enfermedades o trastornos mentales, cuidado para los ancianos o cuidado de personas adictas a las drogas o el alcohol.

Un médico o fisioterapeuta no lo incluye a usted ni a ningún miembro de su familia inmediata.

Definiciones Que Usted Necesita Conocer

Renovación Garantizada: La póliza tiene la renovación garantizada por el resto de su vida, sujeta al derecho de Aflac de modificar las primas de acuerdo a la clasificación en cualquier fecha de renovación.

Fecha de Vigencia: la(s) fecha(s) en que la cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza. La Fecha de Vigencia de la póliza no es la fecha en que usted firmó la solicitud para obtener la cobertura.

Persona Cubierta: cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura solicitada por usted: individual (el asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/Cónyuge solamente (el asegurado nombrado y Cónyuge), familia con uno de los padres (el asegurado nombrado e Hijos Dependientes), o familia con ambos padres (el asegurado nombrado, Cónyuge e Hijos Dependientes). *Cónyuge* se define como la persona con la cual se encuentra legalmente casado/a y que se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos son cubiertos automáticamente bajo los términos de la póliza desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual/Cónyuge solamente y usted desea una cobertura ininterrumpida, usted deberá notificar a Aflac por escrito dentro de los 31 días del nacimiento de su hijo/a y Aflac convertirá la póliza a una cobertura de familia con uno de los padres o familia con ambos padres y le informará sobre la prima adicional que corresponda. La cobertura incluirá a cualquier otro Hijo Dependiente soltero, cualquiera que sea la edad, quien es incapaz de obtener un trabajo para mantenerse a sí mismo por motivos de retraso mental o incapacidad física y que haya contraído dicha incapacidad antes de los 25 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. *Hijos Dependientes* son sus hijos naturales, hijastros, o hijos adoptados legalmente (incluyendo los hijos colocados para la adopción) quienes son solteros, menores de 25 años de edad, y dependientes legales a fines de la exención de impuestos federales. Un Hijo Dependiente (incluyendo las personas quienes son incapaces de obtener un trabajo para mantenerse a sí mismo por motivos de retraso mental o incapacidad física) debe ser menor de 25 años de edad al momento de completar la solicitud para calificar para la cobertura.

Hospitalización: la estancia de una Persona Cubierta internada en una cama de hospital por la cual se incurre un cargo por la habitación. La Hospitalización deberá ser bajo consejo médico, médicamente necesaria y debido a una Lesión cubierta. El tratamiento o la hospitalización en un hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere el cobro de cargos para que los beneficios sean pagaderos.

Enfermedad: es una afección, enfermedad, infección o cualquier otra condición de salud física anormal, independiente de una Lesión, que ocurre en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor.

Lesión: una lesión corporal causada directamente por un accidente, excluyendo una Enfermedad, afección, dolencia física o cualquier otra causa, que ocurra en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté vigente. Lea la sección de Limitaciones y Exclusiones sobre Lesiones no cubiertas por la póliza.

Muerte Accidental: muerte causada por una Lesión cubierta.

Accidente en Vehículos de Transporte Común: un accidente que ocurre en, o posteriormente a la Fecha de Vigencia de la cobertura y durante el período de vigencia de ésta, involucrando directamente a un vehículo de transporte común del cual una Persona Cubierta es pasajero en el momento del accidente. Un vehículo de transporte común se limita solamente a un avión, tren, autobús, tranvía o barco, con el permiso correspondiente para el transporte de pasajeros que pagan una tarifa emitido por una autoridad competente, se autoidentifica como un transporte público y funciona con un horario fijo anunciado y un circuito predeterminado entre puntos o ciudades en el momento del accidente. Un *pasajero* es una persona que está a bordo o viaja en un vehículo de transporte común que no sea (1) el piloto, conductor, operador, oficial o miembro de la tripulación de dicho vehículo; (2) una persona que desempeña deberes a bordo de dicho vehículo; o (3) una persona que imparte o recibe cualquier tipo de capacitación o instrucción. Un Accidente en Vehículos de Transporte Común no incluye ningún Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa o un accidente en el que participa directamente un transporte privado, a pedido o alquilado, en el que una Persona Cubierta es pasajero en el momento del accidente.

Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa: un accidente que ocurre en, o posteriormente a la Fecha de Vigencia de la cobertura y durante la vigencia de ésta, mientras una Persona Cubierta participa en actividades, tales como paracaidismo acrobático, buceo, vuelo en ala delta, carreras en vehículos automotores, exploración de cavernas, saltos con cuerda elástica (*bungee jumping*), paracaidismo, o escalada en roca o montañas, o mientras una Persona Cubierta es piloto, oficial o miembro de la tripulación de una aeronave, desempeña deberes a bordo de una aeronave, o imparte o recibe cualquier tipo de capacitación o instrucción a bordo de una aeronave. Un Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa no incluye ningún Accidente en Vehículos de Transporte Común.

Otro Accidente: un accidente que ocurre en o posteriormente a la Fecha de Vigencia de la cobertura y mientras la cobertura está vigente, que no está clasificado como un Accidente en un Vehículo de Transporte Común o un Accidente por Causa de una Actividad Peligrosa y, que no está específicamente excluido en la sección de Limitaciones y Exclusiones de la póliza.

