Aflac

Cancer Protection Assurance

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER – OPCIÓN 2

Durante más de 60 años, nos hemos dedicado a ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.

La póliza es un suplemento para el seguro médico y no es un sustituto de cobertura médica principal. No tener cobertura médica principal (u otra cobertura esencial mínima) podría ocasionar un costo adicional en sus impuestos.

Aflac®

AFLAC CANCER PROTECTION ASSURANCE

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER – OPCIÓN 2

Póliza de la Serie B70000

C²

Aflac Cancer Protection Assurance: cobertura real cuando usted más la necesite.

El tratamiento contra el cáncer está cambiando —y Aflac se enorgullece en adaptarse a ello. Gracias a los avances en la ciencia y en los tratamientos, hoy día, cada vez más estadounidenses pueden vivir con cáncer.[1] Aflac Cancer Protection Assurance le ayuda a cubrir estos tratamientos innovadores con beneficios que realmente son para su cuidado total.

Desde la prevención hasta la recuperación, Aflac está con usted a lo largo del camino. Nuestros beneficios están diseñados para acompañarle durante todo el tratamiento contra el cáncer y permanecerán con usted durante toda su vida, incluso después del cáncer.[2]

ESTADÍSTICAS DEL CÁNCER QUE USTED NECESITA CONOCER

DATO NO. 1

LOS HOMBRES CORREN UN RIESGO DURANTE SU VIDA, UN POCO MENOR DE **1 DE CADA 2**

DE DESARROLLAR CÁNCER EN LOS ESTADOS UNIDOS.[3]

DATO NO. 2

LAS MUJERES CORREN UN RIESGO DURANTE SU VIDA, UN POCO MAYOR DE **1 DE CADA 3**

DE DESARROLLAR CÁNCER EN LOS ESTADOS UNIDOS.[3]

Por supuesto, de cada cuatro personas ninguna de ellas desearía tenerlo. Pero para muchos —y para ciertos tipos de cáncer— los avances en la ciencia y en los tratamientos han logrado que el cáncer sea una enfermedad que puede controlarse durante toda la vida. **De hecho: el 89% de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama lo sobrevivirán y el 98% de los hombres que desarrollen cáncer de próstata vivirán con dicho cáncer por cinco años —o más.**[4] Algunos pacientes con cáncer, aun teniendo seguro médico, gastan casi un tercio de los ingresos de su hogar en costos de atención médica pagados del propio bolsillo, además de las primas del seguro.[5]

[1]Progress Against Cancer – 2019 Annual Plan, National Cancer Institute. https://www.cancer.gov/about-nci/budget/plan/progress. Consultado: 13 de noviembre de 2017. [2]La cobertura permanece vigente mientras las primas sean pagadas. [3]Cancer Facts & Figures 2017, American Cancer Society. [4]National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program. Vea:https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html y https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, basada en la presentación de datos de SEER en noviembre de 2016, publicada en el sitio web de SEER, abril de 2017. Consultado: 13 de diciembre de 2017. [5]Widowed Early, A Cancer Doctor Writes About the Harm of Medical Debt, NPR, 10 de agosto de 2018. https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/08/10/542589232/widowed-early-a-cancer-doctor-writes-about-the-harm-of-medical-debt. Consultado: 14 de diciembre de 2017.

Aflac en el presente documento se refiere a American Family Life Assurance Company of Columbus.

Entienda la diferencia que Aflac hace en su seguridad económica.

Aflac le paga beneficios en efectivo directamente, a menos que usted elija de otra manera. Esto significa que puede tener recursos financieros adicionales para ayudarle con los gastos incurridos debido al tratamiento médico, con los gastos continuos de la vida diaria o para lo que usted decida.

Estamos Con Usted: Aflac Cancer Protection Assurance Permanece con Usted durante toda Su Vida.

Aflac Cancer Protection Assurance le paga beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que sean asignados de otro modo, cuando más los necesite. Si alguna vez es diagnosticado con un cáncer cubierto por la póliza, estos beneficios son más importantes que nunca. ¿Por qué? Porque el tratamiento contra el cáncer es costoso —en la actualidad, los costos del cáncer le cuestan a los pacientes y a las familias más que cualquier otra enfermedad crónica.[6]

El seguro médico principal puede que no cubra algunos gastos, tales como los deducibles, copagos, tiempo fuera del trabajo o incluso viajes. Aflac Cancer Protection Assurance puede ayudar con gastos relacionados con el cáncer. Además le apoyará con los gastos financieros, físicos y emocionales causados por el cáncer —y permanecerá con usted durante toda su vida. Así es como funciona:

Estamos con usted, aun cuando está sano. Pagamos un beneficio por detección temprana y cuidado preventivo, como mamogramas, análisis de sangre *PSA* y también diferentes tipos de pruebas para la detección del cáncer. ¿Por qué? Porque cuando el cáncer se detecta y se trata a tiempo, usted tiene más probabilidades de sobrevivir.[7]

Estaremos presentes a lo largo de todo su tratamiento. Si a usted le diagnostican cáncer, le ofrecemos beneficios con los que puede contar. Usted recibirá un beneficio en el momento del diagnóstico inicial de cáncer cubierto, y no solo ahí terminará nuestro apoyo.

Le ofrecemos la libertad para que usted elija el mejor cuidado para su salud. Usted y su médico deciden juntos un plan de tratamiento; le brindamos apoyo financiero por cada mes que esté recibiendo dicho tratamiento. ¿Desea una segunda opinión? También proveemos dicho beneficio.

CÓMO FUNCIONA

AFLAC CANCER PROTECTION ASSURANCE OPCIÓN 2

EL TITULAR DE LA PÓLIZA
SUFRE DE FIEBRE ALTA E INFECCIONES FRECUENTES

- EL TITULAR DE LA PÓLIZA VISITA AL MÉDICO
- EL MÉDICO RECOMIENDA UNA BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA
- AL PACIENTE LE DIAGNOSTICAN LEUCEMIA Y RECIBE TRATAMIENTO

$23,575
BENEFICIOS TOTALES

Lo anterior se basa en un ejemplo para Aflac Cancer Protection Assurance – Opción 2 incluye las condiciones de los siguientes beneficios: Biopsia de Médula Ósea (Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer) de $75, Beneficio por Diagnóstico Inicial de $4,000, Quimioterapia Inyectada por 3 meses (Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental Administrada por un Médico) de $3,600, Inmunoterapia (Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental Administrada por un Médico) por 6 meses de $7,200, Beneficio por Medicamentos Antieméticos (9 meses) de $900, Beneficio de Trasplante de Células Madre de $7,000, Beneficio por Hospitalización (4 días) de $800.

Los beneficios y/o las primas pueden variar basándose en el estado y la opción del beneficio seleccionado. Las cláusulas adicionales están disponibles por una prima adicional. La póliza tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Este folleto es para fines ilustrativos solamente. Consulte la póliza para obtener todos los detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones.

[6]National Institutes of Health, Discussing Health Care Expenses in the Oncology Clinic: Analysis of Cost Conversations in Outpatient Encounters, noviembre de 2017 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28834684. Consultado: 13 de diciembre de 2017. [7]National Cancer Institute, Cancer Trends Progress Report. Vea https://progressreport.cancer.gov/detection. Publicado: enero de 2017. Consultado: 13 de diciembre de 2017.

Opciones de la Cobertura

Escoja la Póliza y las Cláusulas Adicionales que se Ajusten a Sus Necesidades

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER	Un beneficio de $75 por año calendario, por persona cubierta El beneficio aumentará a tres pruebas de detección por año calendario después del diagnóstico de cáncer interno o de una condición cancerosa asociada
CIRUGÍA PREVENTIVA (DEBIDO A UN RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA GENÉTICA)	$250 por persona cubierta, de por vida
DIAGNÓSTICO INICIAL	Asegurado Nombrado o Cónyuge: $4,000 Hijo Dependiente: $8,000 Pagadero una vez por persona cubierta, de por vida
OPINIÓN ADICIONAL	$300 por persona cubierta, de por vida
RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, O QUIMIOTERAPIA EXPERIMENTAL	Autoadministrada: $250 por mes calendario Administrada por un Médico: $1,200 por mes calendario Este beneficio está limitado a un tratamiento autoadministrado y un tratamiento administrado por un médico, por mes calendario.
TERAPIA HORMONAL	$25 una vez por mes calendario
QUIMIOTERAPIA TÓPICA	$150 una vez por mes calendario
MEDICAMENTOS ANTIEMÉTICOS	$100 una vez por mes calendario
TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE Y MÉDULA ÓSEA	$7,000; límite máximo de por vida de $7,000 por persona cubierta Beneficio para el Donante: $100 por donación de células madre, o $750 por donación de médula ósea Pagadero una vez por persona cubierta
SANGRE Y PLASMA	Paciente interno: $50 multiplicado por el número de días pagados bajo el Beneficio por Hospitalización, por persona cubierta Paciente ambulatorio: $175 por día, por persona cubierta
CIRUGÍA/ANESTESIA	$100-$3,400 Anestesia: 25% adicional del Beneficio por Cirugía El beneficio máximo diario no excederá $4,250; no hay límite máximo de por vida en el número de operaciones
CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL	Láser o Criocirugía: $35 Escisión de lesión de la piel sin colgajo o injerto: $170 Colgajo o injerto sin escisión: $250 Escisión de lesión de la piel con colgajo o injerto: $400 El beneficio máximo diario no excederá $400. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones
CIRUGÍA PREVENTIVA (CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INTERNO CORRELACIONADO)	$250 por persona cubierta, de por vida
HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS	Asegurado Nombrado o Cónyuge: $200 Hijo Dependiente: $250
HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS	Asegurado Nombrado o Cónyuge: $400 Hijo Dependiente: $500
CARGO DE QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO	$200 por día, por persona cubierta

CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA	$100 por día; limitado a 30 días por cada año calendario, por persona cubierta
ASISTENCIA MÉDICA EN EL HOGAR	$100 por día; limitado a 10 días por hospitalización, por persona cubierta; y 30 días por año calendario, por persona cubierta
ASISTENCIA MÉDICA PARA ENFERMOS TERMINALES	$1,000 por el primer día; a partir de entonces $50 por día; límite máximo de por vida por persona cubierta de $12,000
SERVICIOS DE ENFERMERÍA	$100 por día; solo es pagadero por el número de días que el Beneficio por Hospitalización es pagadero
PRÓTESIS QUIRÚRGICA	$2,000; límite máximo de por vida de $4,000 por persona cubierta
PRÓTESIS NO QUIRÚRGICA	$175 por incidencia, por persona cubierta; límite máximo de por vida de $350 por persona cubierta
RECONSTRUCCIÓN DE MAMAS	Procedimientos con Colgajo para la Reconstrucción del Tejido/Músculo Mamario: $2,000 Reconstrucción de Mamas (que ocurre dentro de los 5 años del diagnóstico de cáncer de mama): $500 Simetría de Mamas (en la mama no afectada que ocurre dentro de los 5 años de la reconstrucción de mama): $220 Repigmentación Permanente de la Areola (en la mama afectada): $100 El beneficio máximo diario no excederá $2,000
OTRA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	Reconstrucción Facial: $500 Anestesia: 25% adicional del Beneficio por Otra Cirugía Reconstructiva El beneficio máximo diario no excederá $500
RECOLECCIÓN, PRESERVACIÓN DE ÓVULOS (CRIOPRESERVACIÓN) E IMPLANTES	$1,000 cuando a una persona cubierta se le extraiga y recolecte ovocitos $200 por el almacenamiento de ovocito(s) o de esperma de una persona cubierta $200 por la transferencia del embrión Límite máximo de por vida de $1,400 por persona cubierta
CUIDADO ANUAL	$200 en la fecha de aniversario del diagnóstico; límite máximo de por vida de cinco pagos anuales de $200 por persona cubierta
AMBULANCIA	$250 ambulancia terrestre $2,000 ambulancia aérea
TRANSPORTE	$.40 centavos por milla para el transporte; pagadero hasta un máximo combinado de $1,200, por viaje de ida y vuelta
ALOJAMIENTO	$65 por día; limitado a 90 días por año calendario
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Sí
CONTINUACIÓN DE COBERTURA	Sí

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES	DESCRIPCIÓN		
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL CON INCREMENTOS PROGRESIVOS	Este beneficio aumentará la cantidad del Beneficio por Diagnóstico Inicial como se muestra en la póliza, por $100 por cada unidad adquirida, hasta cinco unidades, para cada persona cubierta en la fecha de aniversario de la cobertura mientras la cobertura permanezca en vigencia.		
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA	Cuando una persona cubierta es diagnosticada con cualquiera de las enfermedades listadas en la Cláusula Adicional del Beneficio por Enfermedad Específica:		
	Diagnóstico inicial	Hospitalización	
	$2,000	30 días o menos: $400 por día	31 días o más: $800 por día
CLÁUSULA ADICIONAL PARA HIJO DEPENDIENTE	$10,000 cuando a un hijo dependiente cubierto se le haya diagnosticado cáncer interno o una condición cancerosa asociada; pagadero solo una vez por cada hijo dependiente cubierto		

CONSULTE EL RESUMEN DE LA COBERTURA PARA OBTENER DETALLES SOBRE LOS BENEFICIOS, LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.

American Family Life Assurance Company of Columbus
(denominada Aflac en este documento)
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999
Línea gratuita 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)
En español 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

La póliza descrita en este Resumen de la Cobertura provee cobertura suplementaria y solo será emitida para complementar el seguro actualmente vigente.

SEGURO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA, BENEFICIO LIMITADO
Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza Serie B70200
ESTA NO ES UNA COBERTURA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.

Si usted califica para Medicare, revise la "Guía Sobre Seguros Médicos para Personas con Medicare" (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*) proporcionada por Aflac.

(1) **Lea Su Póliza Detenidamente:** Este Resumen de la Cobertura proporciona una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza. Este no es el contrato del seguro y solo regirán las disposiciones actuales especificadas en la póliza. La póliza en sí establece, detalladamente, los derechos y obligaciones tanto de usted como de Aflac. Por lo tanto, es importante que LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.

(2) **La Cobertura del Seguro de Cáncer** está diseñada para suplementar la cobertura actual de accidente y enfermedad de una Persona Cubierta solo cuando ciertas pérdidas ocurran como resultado de la enfermedad de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada. No se provee cobertura por los gastos básicos de hospitalización, por servicios médico-quirúrgicos básicos, ni por los gastos médicos principales.

(3) **Beneficios:** Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, mientras la cobertura esté en vigencia, sujeto a todas las demás limitaciones y exclusiones, condiciones y disposiciones de la póliza, a menos que se indique lo contrario. Todos los tratamientos indicados a continuación deberán estar aprobados por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) o por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, según corresponda.

BENEFICIO POR PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER: Aflac pagará $75 por Año Calendario cuando una Persona Cubierta recibe uno de los siguientes:

mamograma • ecografía mamaria • MRI de mamas • termografía • CA15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de mama) • CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario) • Prueba de Papanicolaou/ThinPrep • PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata) • CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer de colon) • electroforesis de proteína P32 en suero (análisis de sangre para detectar el mieloma múltiple) • ecografía testicular • ecografía transrectal • ecografía abdominal • sigmoidoscopia flexible • colonoscopia • colonoscopia virtual • cistoscopia • colposcopia • broncoscopia • mediastinoscopia • esofagoscopia • sigmoidoscopia • proctosigmoidoscopia • gastroscopia • laringoscopia • radiografía de tórax • tomografía computarizada (CT o CAT scan) • imagen de resonancia magnética (MRI) • gammagrafía ósea • gammagrafía tiroidea • gammagrafía de ventriculografía isotópica (MUGA) • tomografía por emisión de positrones (PET) • biopsia • muestra de materia fecal para detectar sangre oculta (confirmada por el laboratorio) • Pruebas Genéticas • prueba de detección del donante de médula ósea • vacuna contra el cáncer.

Este beneficio está limitado a un pago de $75 por Año Calendario, por Persona Cubierta, sin un Diagnóstico Médico Positivo. Si una Persona Cubierta recibe un Diagnóstico Médico Positivo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada, este beneficio pagará hasta un total de tres pagos de $75 por Año Calendario por pruebas de detección realizadas a dicha Persona Cubierta. Las pruebas de detección deben ser realizadas por un personal médico autorizado. Excepto, la Prueba Genética, la prueba de detección del donante de médula ósea y de la vacuna contra el cáncer; la prueba de detección debe llevarse a cabo con el propósito de determinar si existe el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada en una Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR CIRUGÍA PREVENTIVA (DEBIDO A UN RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA GENÉTICA): Aflac pagará $250 cuando una Persona Cubierta es sometida a una cirugía debido a un resultado positivo recibido en una prueba de alteración genética o mutación asociada con un síndrome de Cáncer hereditario y dicha cirugía es recomendada por un Médico. La Prueba Genética debe llevarse a cabo mientras la cobertura esté en vigencia.

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.

<u>BENEFICIOS POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER</u>:

BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO INICIAL: Aflac pagará la cantidad que se muestra a continuación cuando una Persona Cubierta es diagnosticada con Cáncer Interno o con una

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

Condición Cancerosa Asociada mientras la póliza esté vigente, sujeto a las Limitaciones y Exclusiones.

Asegurado Nombrado o Cónyuge	$4,000
Hijo Dependiente	$8,000

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida. Además del Diagnóstico Médico Positivo, podemos requerir información adicional del Hospital y del Médico de cabecera.

BENEFICIO POR OPINIÓN ADICIONAL: Aflac pagará $300 cuando se incurre en un cargo por la opinión adicional de un Médico sobre la intervención quirúrgica o por la evaluación o consulta con un Médico con el propósito de determinar el curso de tratamiento apropiado para un Cáncer Interno cubierto o una Condición Cancerosa Asociada cubierta. **Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.**

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO DE CÁNCER:

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO:

BENEFICIO POR RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, O QUIMIOTERAPIA EXPERIMENTAL:

AUTOADMINISTRADA: Aflac pagará $250 una vez por Mes Calendario, por el cual una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental autoadministrada recetada por un Médico, como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

ADMINISTRADA POR UN MÉDICO: Aflac pagará $1,200 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta le es recetada, recibe e incurre en un cargo por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental administrada por un miembro de la profesión médica en una Instalación Médica como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

Este beneficio está limitado a un tratamiento autoadministrado y un tratamiento administrado por un médico, por Mes Calendario. Después que este beneficio ha sido pagado durante 12 Meses Calendario, Aflac requerirá documentación anual del Médico de cabecera certificando que el Cáncer o la Condición Cancerosa Asociada aún está activo y es detectable en el cuerpo y no está en remisión, para que este beneficio continúe siendo pagadero.

BENEFICIO POR TERAPIA HORMONAL: Aflac pagará $25 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta se le receta, recibe e incurre en un cargo por Terapia Hormonal como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

BENEFICIO POR QUIMIOTERAPIA TÓPICA: Aflac pagará $150 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta se le receta, recibe e incurre en un cargo por una Quimioterapia Tópica para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

Para información adicional, vea la sección de Beneficios por Pago de Tratamiento No Quirúrgico.

BENEFICIOS POR TERAPIA INDIRECTA/ADICIONAL:

BENEFICIO POR MEDICAMENTOS ANTIEMÉTICOS: Aflac pagará $100 una vez por Mes Calendario, por el cual una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por medicamentos antieméticos que sean recetados conjuntamente con Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental. Este beneficio es pagadero solo una vez por Mes Calendario y está limitado al Mes Calendario en el cual una persona recibe Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, al Mes Calendario anterior a dicho tratamiento y al Mes Calendario posterior a dicho tratamiento. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE Y MÉDULA ÓSEA: Aflac pagará $7,000 cuando una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por un Trasplante de Células Madre periféricas o un Trasplante de Médula Ósea para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. El límite máximo de por vida es de $7,000 por Persona Cubierta. Además, Aflac pagará al donante de la Persona Cubierta una indemnización monetaria por sus gastos como resultado del procedimiento de donación de la siguiente manera: $100 por donación de células madre o $750 por donación de médula ósea. Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR SANGRE Y PLASMA: Aflac pagará $50 multiplicado por el número de días pagados bajo el Beneficio por Hospitalización, cuando una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por transfusiones de sangre y/o plasma para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada durante una Hospitalización cubierta. Aflac pagará $175 por cada día que una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por transfusiones de sangre y/o plasma para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada como paciente ambulatorio en un consultorio Médico, una clínica, un Hospital o en un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio no paga por inmunoglobulinas, Inmunoterapia, factores antihemofílicos o factores estimulantes de colonias. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

BENEFICIO POR CIRUGÍA/ANESTESIA: Aflac pagará de acuerdo a los beneficios en el Cuadro de Operaciones de la póliza cuando a una Persona Cubierta se le realice un procedimiento quirúrgico para el tratamiento directo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada cubierto y se incurre en un cargo por dicho procedimiento quirúrgico. Si se realiza cualquier procedimiento quirúrgico para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

distinto a aquellos que están indicados, Aflac pagará una cantidad comparable a la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones para el procedimiento quirúrgico que más se asemeje en severidad y gravedad.

EXCEPCIONES: La Cirugía Preventiva y los procedimientos pagaderos bajo el Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer, el Beneficio por Cirugía de Cáncer de Piel o el Beneficio por Cirugía Reconstructiva no serán pagaderos bajo el Beneficio por Cirugía/Anestesia.

El Beneficio por Cirugía/Anestesia es pagadero solo una vez por período de 24 horas, aunque se realice más de un procedimiento quirúrgico. Se pagará el beneficio más alto que califique.

Aflac pagará un beneficio de indemnización equivalente al 25% de la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones, por la administración de anestesia durante una operación quirúrgica cubierta.

El beneficio máximo diario no excederá $4,250. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

BENEFICIO POR CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL: Cuando una operación quirúrgica es realizada a una Persona Cubierta debido a un diagnóstico de Cáncer de piel, incluyendo Cáncer de Piel melanoma o No melanoma, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por el procedimiento específico. La cantidad indicada a continuación incluye los servicios de anestesia. El beneficio máximo diario no excederá $400. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

Láser o Criocirugía	$ 35

<u>Cirugías APARTE DE las de Láser o Criocirugía:</u>

Escisión de lesión de la piel sin colgajo o injerto	170
Colgajo o injerto sin escisión	250
Escisión de lesión de la piel con colgajo o injerto	400

BENEFICIO POR CIRUGÍA PREVENTIVA (CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INTERNO CORRELACIONADO): Aflac pagará $250 cuando, según la recomendación de un Médico debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada, una de las Cirugías Preventivas que se muestran a continuación es realizada a una Persona Cubierta:

1. mastectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer de mama;
2. ovariectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer de ovario; o
3. orquiectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer testicular.

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.

<u>BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIONES:</u>

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada durante 30 días o menos, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno. No hay límite máximo de por vida.

Asegurado Nombrado o Cónyuge	$200
Hijo Dependiente	$250

HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS: Durante cualquier período continuo de Hospitalización de una Persona Cubierta para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada durante 31 días o más, Aflac pagará los beneficios como se describen arriba por los primeros 30 días. A partir del 31.° día de dicha Hospitalización continua, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno. No hay límite máximo de por vida.

Asegurado Nombrado o Cónyuge	$400
Hijo Dependiente	$500

BENEFICIO POR CARGO DE QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO: Cuando una operación quirúrgica es realizada a una Persona Cubierta para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado y se incurre en un cargo de quirófano, Aflac pagará $200. Para que este beneficio se pague, las cirugías se deberán realizar de manera ambulatoria en un Hospital o un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio es pagadero una vez por día y no se pagará el mismo día que el Beneficio por Hospitalización es pagadero. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Cirugía/Anestesia. El beneficio máximo diario no excederá $200. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

Este beneficio también es pagadero por la cirugía de Cáncer de Piel No melanoma que incluye un colgajo o injerto. No es pagadero por los procedimientos indicados en el Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer o cualquier cirugía realizada en un consultorio Médico.

<u>BENEFICIOS POR CUIDADO CONTINUO:</u>

BENEFICIO DE CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada y recibe los Beneficios por Hospitalización y luego es internada, dentro de los 30 días de la Hospitalización cubierta, en un centro de atención prolongada, un centro de enfermería especializado, una unidad o centro de rehabilitación, una unidad de cuidados transitorios o cualquier cama designada para atención poshospitalaria (*swing bed*), o a una sección del Hospital utilizada como tal (generalmente denominada "Centro de Atención Prolongada"), Aflac pagará $100 por día cuando se

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

incurre en un cargo por dicha hospitalización continua. Por cada día que este beneficio es pagadero, los Beneficios por Hospitalización NO serán pagaderos. Los beneficios se limitan a 30 días por cada Año Calendario por Persona Cubierta.

Si más de 30 días separan las estadías en un Centro de Atención Prolongada, los beneficios no son pagaderos por la segunda estadía a menos que la Persona Cubierta reciba nuevamente los Beneficios por Hospitalización y sea internada como paciente interno en el Centro de Atención Prolongada dentro de los 30 días de dicha estadía.

BENEFICIO POR ASISTENCIA MÉDICA EN EL HOGAR: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada y luego se le proporciona, ya sea asistencia médica en el hogar o servicios de ayuda médica en su nombre, Aflac pagará $100 por día cuando se incurre en un cargo por cada visita, sujeto a las siguientes condiciones:

1. La asistencia médica en el hogar o los servicios de ayuda médica deben comenzar dentro de los siete días del alta del Hospital.
2. Este beneficio se limita a diez días por hospitalización por cada Persona Cubierta.
3. Este beneficio se limita a 30 días en cualquier Año Calendario por cada Persona Cubierta.
4. Este beneficio no será pagadero a menos que el Médico de cabecera prescriba dichos servicios para que sean realizados en el hogar de la Persona Cubierta y certifique que si estos servicios no estuvieran disponibles, la Persona Cubierta tendría que ser hospitalizada para recibir la asistencia, el tratamiento y los servicios necesarios.
5. La asistencia médica en el hogar y los servicios de ayuda médica deben ser realizados por una persona que no sea miembro de su Familia Inmediata que esté autorizada, certificada o debidamente calificada para realizar dichos servicios de la misma manera que si los servicios se hubieran realizado en un centro de asistencia médica.

Este beneficio no se pagará el mismo día en que el Beneficio por Asistencia Médica para Enfermos Terminales es pagadero.

BENEFICIO POR ASISTENCIA MÉDICA PARA ENFERMOS TERMINALES: Cuando una Persona Cubierta es diagnosticada con Cáncer Interno o con una Condición Cancerosa Asociada y se determina médicamente que la intervención terapéutica destinada a curar la enfermedad ya no es apropiada, y si el pronóstico médico de la Persona Cubierta es uno cuya expectativa de vida es de seis meses o menos como resultado directo del Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada (de aquí en adelante denominada "Enfermo Terminal"), Aflac pagará solo una vez un beneficio de $1,000 por el primer día que la Persona Cubierta recibe Asistencia Médica para Enfermos Terminales y a partir de entonces $50 al día por la Asistencia Médica para Enfermos Terminales. Para que este beneficio sea pagadero, se deberá proporcionar a Aflac: (1) una declaración por escrito del Médico de cabecera indicando que la Persona Cubierta es un Enfermo Terminal, y (2) una declaración por escrito del Centro para Enfermos Terminales, certificando los días que los servicios fueron provistos. El límite máximo de por vida por cada Persona Cubierta es de $12,000.

Este beneficio no se pagará el mismo día en que el Beneficio por Asistencia Médica en el Hogar es pagadero.

BENEFICIOS POR SERVICIOS DE ENFERMERÍA: Si una Persona Cubierta, mientras esté internada en un Hospital para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, requiere y le cobran por enfermeros privados y sus servicios, además de aquellos provistos regularmente por el Hospital, Aflac pagará $100 por día por el cuidado y asistencia privada a tiempo completo proporcionados por dichos enfermeros (enfermeros graduados registrados, enfermeros prácticos autorizados o enfermeros vocacionales autorizados). Estos servicios deberán ser requeridos y autorizados por el Médico de cabecera. Este beneficio no es pagadero por enfermeros privados que sean miembros de su Familia Inmediata. Este beneficio solo es pagadero por el número de días que el Beneficio por Hospitalización es pagadero. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR PRÓTESIS QUIRÚRGICA: Aflac pagará $2,000 cuando se incurre en un cargo por dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente que son recetados como resultado directo de una cirugía para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Límite máximo de por vida de $4,000 por Persona Cubierta.

El Beneficio por Prótesis Quirúrgicas no incluye la cobertura de expansores de tejido o un Colgajo Musculocutáneo de Recto Abdominal Transverso para la Reconstrucción Mamaria (TRAM, por sus siglas en inglés).

BENEFICIOS POR PRÓTESIS NO QUIRÚRGICA: Aflac pagará $175 por incidencia, por Persona Cubierta, cuando se incurre en un cargo por dispositivos protésicos no implantados quirúrgicamente que son recetados como resultado directo del tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Ejemplos de dispositivos protésicos no implantados quirúrgicamente incluyen, cajas de voz, cabello postizo y prótesis mamarias removibles. Límite máximo de por vida de $350 por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:

RECONSTRUCCIÓN DE MAMAS: Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por una operación quirúrgica reconstructiva que se realice a una Persona Cubierta como resultado del tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada. El beneficio máximo diario no excederá $2,000.

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

Procedimientos con Colgajo para la Reconstrucción del Tejido/Músculo Mamario	$2,000
Reconstrucción de Mamas (que ocurre dentro de los cinco años del diagnóstico de Cáncer de mama)	500
Simetría de Mamas (en la mama no afectada que ocurre dentro de los cinco años de la reconstrucción de mama)	220
Repigmentación Permanente de la Areola	100

OTRA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por una operación quirúrgica reconstructiva que se realice a una Persona Cubierta como resultado del tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada. El beneficio máximo diario no excederá $500.

Reconstrucción Facial	$500

Aflac pagará un beneficio de indemnización equivalente al 25% de la cantidad señalada arriba por la anestesia administrada durante una operación quirúrgica reconstructiva cubierta.

Si se realiza cualquier cirugía reconstructiva distinta a aquellas indicadas, Aflac pagará una cantidad comparable a la cantidad señalada arriba para la operación que más se asemeje en severidad y gravedad. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

BENEFICIO DE RECOLECCIÓN, PRESERVACIÓN DE ÓVULOS (CRIOPRESERVACIÓN) E IMPLANTES: Aflac pagará $1,000 cuando a una Persona Cubierta se le extraiga y recolecte ovocitos debido a un diagnóstico positivo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Además, Aflac pagará una vez por Persona Cubierta, $200 por el almacenamiento de ovocito(s) o de esperma de una Persona Cubierta cuando se incurre en un cargo por el almacenamiento en un banco de tejidos reproductivos autorizado o una instalación similar autorizada. Dicha extracción, recolección o almacenamiento deberá ocurrir antes del tratamiento de Quimioterapia o radioterapia que haya sido prescrito para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada de la Persona Cubierta. Aflac también pagará $200 por la transferencia del embrión que resulte de dicho almacenamiento de ovocito(s) o de esperma de una Persona Cubierta. El límite máximo de por vida de $1,400 por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR CUIDADO ANUAL: Aflac pagará $200 en la fecha de aniversario del diagnóstico de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada cubierto de una Persona Cubierta, para el cuidado excepto del tratamiento directo de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, con el propósito de cumplir con las necesidades físicas, emocionales, espirituales o sociales de la Persona Cubierta. El límite máximo de por vida es de cinco pagos anuales de $200 por Persona Cubierta.

BENEFICIOS DE AMBULANCIA, TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO:

BENEFICIO DE AMBULANCIA: Aflac pagará $250 cuando se incurre en un cargo por transporte en ambulancia de una Persona Cubierta hacia o desde el Hospital donde la Persona Cubierta recibe tratamiento por Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada. Aflac pagará $2,000 cuando se incurre en un cargo por el servicio de transporte en ambulancia aérea de una Persona Cubierta hacia o desde el Hospital donde la Persona Cubierta recibe tratamiento por Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada. Este beneficio se limita a dos viajes por hospitalización. El servicio de ambulancia deberá ser provisto por una compañía profesional de ambulancias autorizadas. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR TRANSPORTE: Aflac pagará 40 centavos por milla para el transporte, hasta un máximo combinado de $1,200, si una Persona Cubierta requiere tratamiento que haya sido recetado por el Médico de cabecera para el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada.

Este beneficio incluye:

1. Transporte de la Persona Cubierta en un vehículo personal, limitado a la distancia en millas entre el Hospital o la Instalación Médica y la residencia de la Persona Cubierta.
2. Transporte comercial (en un vehículo autorizado para pasajeros por una tarifa) para la Persona Cubierta y no más de un adulto adicional que viaje con la Persona Cubierta. Si el tratamiento es para un Hijo Dependiente cubierto y es necesario el transporte comercial, Aflac pagará hasta por dos adultos que viajen con el Hijo Dependiente cubierto. Este beneficio se limita a la distancia en millas entre el Hospital o la Instalación Médica y la residencia de la Persona Cubierta.

Este beneficio es pagadero hasta un máximo de $1,200 por viaje de ida y vuelta para todas las personas que viajen y por los medios de transporte combinados. No hay límite máximo de por vida.

ESTE BENEFICIO NO ES PAGADERO POR EL TRANSPORTE A CUALQUIER HOSPITAL/CENTRO UBICADO DENTRO DE UN RADIO DE 50 MILLAS DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA CUBIERTA, NI POR EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA HACIA O DESDE CUALQUIER HOSPITAL.

BENEFICIO POR ALOJAMIENTO: Aflac pagará $65 por día cuando se incurre en un cargo por alojamiento, en una habitación de motel, hotel u otro tipo de alojamiento comercial, para usted o cualquier adulto miembro de la familia cuando una Persona Cubierta recibe tratamiento para el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada en un Hospital o Instalación Médica ubicado a más de 50 millas de la residencia de la Persona Cubierta. Este beneficio no es pagadero por el

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

alojamiento que ocurra más de 24 horas antes del tratamiento o por el alojamiento que ocurra más de 24 horas después del mismo. Este beneficio está limitado a 90 días por Año Calendario.

BENEFICIOS DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA Y OTROS BENEFICIOS RELACIONADOS:

BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA: Si usted, debido a que padece de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, está completamente incapacitado para realizar todas las tareas cotidianas y habituales de su ocupación [si está desempleado: está completamente incapacitado para realizar dos o más Actividades de la Vida Diaria (AVD) sin la ayuda de otra persona] por un período de 90 días continuos, Aflac cederá, de mes a mes, cualquier prima vencida durante su incapacidad continua. Para que las primas sean cedidas, Aflac requerirá una declaración del empleador (si corresponde) y una declaración del Médico con respecto a su incapacidad para realizar dichas tareas o actividades, y podría requerir cada mes a partir de entonces una declaración del Médico que indique que la incapacidad total continúa.

Si usted fallece y su Cónyuge se convierte en el nuevo Asegurado Nombrado, las primas se reanudarán y serán pagaderas en la primera fecha de vencimiento de la prima después del cambio. El nuevo Asegurado Nombrado entonces calificará para este beneficio si surge la necesidad.

Aflac puede solicitar por y utilizar un asesor independiente para determinar si usted puede realizar alguna AVD cuando este beneficio esté en vigencia.

Aflac también cederá, de mes a mes, cualquier prima vencida mientras esté recibiendo Beneficios por Asistencia Médica para Enfermos Terminales.

BENEFICIO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA: Aflac cederá todas las primas mensuales vencidas de la póliza y las cláusulas adicionales hasta por 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 durante un mínimo de seis meses consecutivos;
3. Sus primas han sido pagadas mediante deducción de nómina y usted deja su empleador por cualquier razón;
4. Usted o su empleador nos notifica por escrito dentro de los 30 días de la fecha en que cesaron los pagos de su prima debido a que usted dejó su empleo; y
5. Usted restablece los pagos de la prima a través de:
   (1) el proceso de deducción de nómina de su nuevo empleador, o
   (2) pago directo a Aflac.

   Usted calificará nuevamente para recibir este beneficio después que:

   1. Restablezca los pagos de su prima mediante deducción de nómina de su nuevo empleador, por un período mínimo de seis meses y
   2. Recibamos las primas durante un mínimo de seis meses consecutivos.

"Deducción de nómina" significa que su prima es remitida a Aflac a su favor por su empleador mediante un proceso de deducción de nómina, o cualquier otro método acordado por escrito entre Aflac y el empleador.

(4) Beneficios Opcionales:

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL CON INCREMENTOS PROGRESIVOS:
(SERIE B70050) Solicitada ❑ Sí ❑ No

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL CON INCREMENTOS PROGRESIVOS: Este beneficio puede ser adquirido en unidades de $100 cada una, hasta un máximo de cinco unidades o $500. **Si se ha adquirido más de una unidad, la cantidad de unidades adquiridas debe multiplicarse por $100.** El número de unidades que usted ha adquirido se muestra en ambos, el Cuadro de la Póliza y la solicitud adjunta.

El **BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL CON INCREMENTOS PROGRESIVOS**, según se muestra en la póliza, aumentará la cantidad del Beneficio de Diagnóstico Inicial por $100 por cada unidad adquirida para cada Persona Cubierta en la fecha de aniversario de su cobertura mientras la cobertura permanezca en vigencia. (La cantidad del aumento mensual será determinada en base a prorrateo). Este beneficio se pagará de acuerdo a los mismos términos que el Beneficio de Diagnóstico Inicial de la póliza a la cual se adjunta la cláusula adicional. Este beneficio dejará de aumentar para cada Persona Cubierta en la fecha de aniversario de la cláusula adicional posterior al 65to cumpleaños de la Persona Cubierta o al momento en que es diagnosticado un Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada para dicha Persona Cubierta, lo que ocurra primero. No obstante, sin importar la edad de la Persona Cubierta en la Fecha de Vigencia de la cobertura, este beneficio se acumulará por un período mínimo de cinco años, a menos que sea diagnosticado un Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada antes del quinto año de la cobertura.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional de la Serie B70050:

La cláusula adicional tiene un período de espera de 30 días. Si una Persona Cubierta padece de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente durante 30 días, usted puede, a su opción, elegir anular la cláusula adicional desde su comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

El Beneficio de Diagnóstico Inicial con Incrementos Progresivos no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o Condiciones Cancerosas Asociadas diagnosticados durante el período de espera de 30 días de la cláusula adicional; o (3) el diagnóstico de Cáncer de la Piel No melanoma. **Cualquier Persona Cubierta que haya recibido un diagnóstico previo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada NO calificará para el Beneficio de Diagnóstico Inicial con Incrementos Progresivos bajo la cláusula adicional por una recurrencia, proliferación o propagación metastásica del mismo Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada**.

CLÁUSULA ADICIONAL PARA HIJO DEPENDIENTE: (SERIE B70051) Solicitada ❑ Sí ❑ No

BENEFICIO PARA HIJO DEPENDIENTE: Aflac pagará $10,000 cuando a un Hijo Dependiente cubierto se le haya diagnosticado Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada mientras la cláusula adicional esté en vigencia.

Este beneficio es pagadero bajo la cláusula adicional solo una vez por cada Hijo Dependiente cubierto. Además del Diagnóstico Médico Positivo, podríamos requerir información adicional del Médico de cabecera y del Hospital.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional de la Serie B70051:

La cláusula adicional tiene un período de espera de 30 días. Si un Hijo Dependiente cubierto padece de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente durante 30 días a partir de la Fecha de Vigencia, usted puede, a su opción, elegir anular la cláusula adicional desde su comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

El Beneficio para Hijo Dependiente no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o Condiciones Cancerosas Asociadas diagnosticados durante el período de espera de 30 días de la cláusula adicional; o (3) el diagnóstico de Cáncer de la Piel No melanoma. **Cualquier Hijo Dependiente que haya recibido un diagnóstico previo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada NO calificará para ningún beneficio bajo la cláusula adicional por una recurrencia, proliferación o propagación metastásica del mismo Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada.**

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA: (SERIE B70052) Solicitada ❑ Sí ❑ No

BENEFICIO INICIAL POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA: Mientras la cobertura esté en vigencia, si una Persona Cubierta es diagnosticada por primera vez, después de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional, con cualquiera de las Enfermedades Específicas cubiertas, Aflac pagará un beneficio de $2,000. Este beneficio es pagadero solo una vez por Enfermedad Específica por Persona Cubierta. **NINGÚN OTRO BENEFICIO ES PAGADERO PARA CUALQUIER ENFERMEDAD ESPECÍFICA CUBIERTA NO ESTIPULADA EN LA CLÁUSULA ADICIONAL.**

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada debido a una Enfermedad Específica cubierta durante 30 días o menos, Aflac pagará $400 por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno.

HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS: Durante cualquier período continuo de Hospitalización de 31 días o más debido a una Enfermedad Específica cubierta, Aflac pagará los beneficios como se describen anteriormente durante los primeros 30 días, y a partir del 31.º día de dicha Hospitalización continua, Aflac pagará $800 por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional de la Serie B70052:

Las enfermedades específicas deben ser diagnosticadas primero por un Médico 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional para que los beneficios sean pagaderos. El diagnóstico debe realizarse por y mediante una muestra de tejido, cultivo(s), y/o titulación (titulaciones). Si una Persona Cubierta es diagnosticada con una Enfermedad Específica antes de que su cobertura haya estado en vigencia por 30 días, los beneficios para tratamientos de dicha Enfermedad Específica corresponderán solo para tratamientos que se realicen después de dos años a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura de dicha persona. A su opción, puede elegir anular la cláusula adicional desde el comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

(5) Pago de Beneficios por Tratamientos No Quirúrgicos: Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de treinta días o

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

menos, entonces el pago bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente se limita al Mes Calendario en que el medicamento fue recetado, recibido y la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo.

Si la prescripción de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, la cual indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de treinta días o menos, es resurtida durante el Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, ha sido pagada previamente, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional para el cual no ha sido pagada previamente, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante dicho Mes Calendario adicional. De otro modo, si la prescripción es resurtida durante un Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, no ha sido pagada previamente, entonces el beneficio se limita al Mes Calendario en que el medicamento fue recetado, recibido y la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo.

Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de más de treinta días, pero menos de 61 días, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional consecutivo, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante el Mes Calendario adicional consecutivo.

Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de más de sesenta días, pero menos de 91 días, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por dos Meses Calendario adicionales consecutivos, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los Meses Calendario adicionales consecutivos.

Si la prescripción de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, la cual indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de más de treinta días, es resurtida durante el Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, ha sido pagada previamente, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado hasta por tres Meses Calendario adicionales consecutivos, por los cuales no ha sido pagada previamente sin requerir prueba de que la Persona cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los tres Meses Calendario adicionales consecutivos. De otro modo, si la prescripción es resurtida durante un Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, no ha sido pagada previamente, entonces, siempre que la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo durante el primer Mes Calendario de la prescripción, por resurtidos que indiquen a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente por un período de más de treinta días, pero menos de 61 días, pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional consecutivo, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento, durante el Mes Calendario adicional consecutivo y por resurtidos que indiquen a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente por un período de más de sesenta días, pero menos de 91 días, pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por dos Meses Calendario adicionales consecutivos, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los Meses Calendario adicionales consecutivos.

Para el tratamiento inyectado, la cantidad, estipulada bajo el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental correspondiente, es pagadera una vez por inyección recetada, pero no más de una vez por Mes Calendario. El Beneficio por Cirugía/Anestesia proporciona cantidades pagaderas por la inserción y extracción de una bomba. Los beneficios no serán pagados por cada mes de infusión continua de medicamentos dispensados por una bomba, implante o parche.

Si solo la Quimioterapia Experimental es pagadera durante cualquier Mes Calendario, la cantidad del beneficio se reducirá 50% para la Quimioterapia Experimental por la cual no se incurre un cargo. Si una Persona Cubierta recibió la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental correspondiente, por la cantidad reducida de 50% y luego en el mismo Mes Calendario, recibe Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, donde se incurre un cargo, pagaremos la diferencia entre el 50% recibido previamente y el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental.

(6) Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Póliza (la póliza no es un plan para gastos diarios de hospital):

A excepción de lo estipulado específicamente en la sección de Beneficios de la póliza, Aflac pagará solo por el tratamiento de Cáncer o Condiciones Cancerosas Asociadas, incluyendo la proliferación directa, la propagación metastásica o recurrencia.

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

No se proporcionan beneficios para condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno (a menos que estén cubiertas específicamente); las complicaciones, ya sea del Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada; o cualquier otra enfermedad, dolencia o incapacidad.

La póliza tiene un período de espera de 30 días. Si una Persona Cubierta tiene Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente por 30 días, los beneficios para el tratamiento de dicho Cáncer o Condición Cancerosa Asociada, o cualquier recurrencia, proliferación o propagación metastásica del mismo Cáncer o Condición Cancerosa Asociada, se aplicarán solo al tratamiento que ocurra después de dos años a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura de dicha persona. A su opción, puede elegir anular la cobertura y recibir un reembolso total de la prima.

El Beneficio de Diagnóstico Inicial no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la póliza y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado durante el período de espera de 30 días de la póliza; o (3) el diagnóstico de Cáncer de Piel No melanoma. **Cualquier Persona Cubierta que haya sido previamente diagnosticada con Cáncer Interno o con una Condición Cancerosa Asociada, NO calificará para el Beneficio de Diagnóstico Inicial bajo la póliza debido a una recurrencia, proliferación o propagación metastásica de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada.**

Aflac no pagará beneficios cuando la cobertura proporcionada por la póliza esté en violación de cualquier sanción económica o comercial de los Estados Unidos. Si la cobertura violara las sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, dicha cobertura será anulada y cancelada.

Aflac no pagará beneficios por ninguna pérdida que sea diagnosticada o tratada fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos o de sus posesiones.

Aflac puede anular la póliza y no pagará beneficios cuando: (1) los hechos materiales o circunstancias hayan sido ocultos o tergiversados al presentar una reclamación bajo la póliza; o (2) se comete o intente fraude vinculado a cualquier asunto relacionado con la póliza.

(7) Renovación: La póliza tiene renovación garantizada por el resto de su vida siempre y cuando usted pague sus primas cuando se venzan o dentro del período de gracia. Podemos descontinuar y rescindir la póliza si usted ha realizado un acto o práctica que se considere fraude o ha efectuado una tergiversación intencional del hecho material, relacionada en cualquier forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones para beneficios bajo la póliza. Podremos cambiar la prima que cobramos, pero no a ninguna persona en específico. Cualquier cambio de prima se hará a todas las pólizas con el mismo número de formulario y clasificación de prima en el estado donde la póliza fue emitida y que se encuentren en vigencia en ese momento.

GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.
ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SOLO UN BREVE BOSQUEJO DE LA COBERTURA PROPORCIONADA.
SE DEBE CONSULTAR LA PROPIA PÓLIZA PARA DETERMINAR LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES QUE RIGEN.

The English version of this form is the official version and shall control the resolution of any dispute or complaint. The Spanish version is provided as an accommodation to the customer and is for informational purposes only.

El formulario en inglés es la versión oficial de este formulario y regirá la resolución en cualquier disputa o queja. La versión en español se proporciona como referencia para el cliente y es solo con fines informativos.

© 2017 Aflac Todos los Derechos Reservados

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): Actividades utilizadas para medir sus niveles de capacidad de funcionamiento personal. Normalmente, estas actividades se realizan sin asistencia personal directa, permitiéndole su independencia personal en la vida diaria. Las AVD son BAÑARSE: asearse por sí mismo con esponja o bañarse en una bañera o ducha, incluyendo la tarea de entrar o salir de la bañera o ducha; MANTENER LA CONTINENCIA: mantenimiento del control urinario e intestinal, incluyendo su habilidad de utilizar bolsas de ostomía u otros dispositivos tales como catéteres; TRANSFERIRSE: moverse entre la cama y una silla, o entre la cama y una silla de ruedas; VESTIRSE: ponerse y quitarse todos los artículos de vestir necesarios; USO DEL INODORO: ir y venir del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro y realizar todas las tareas asociadas con la higiene personal; COMER: realizar todas las tareas principales para ingerir los alimentos.

CONDICIÓN CANCEROSA ASOCIADA: Un trastorno de la sangre mielodisplásico, trastorno de la sangre mieloproliferativo o el carcinoma in situ interno (en el sitio inicial o confinado, limitado al lugar de origen sin invasión del tejido adyacente). Se debe recibir un diagnóstico médico positivo de condición cancerosa asociada. **Las condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno, con excepción de las indicadas específicamente anteriormente, no se consideran condiciones cancerosas asociadas.**

CÁNCER: Una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno y caracterizada por un crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas e invasión de tejido. El cáncer también incluye pero no se limita a, leucemia, enfermedad de Hodgkin y melanoma. Se debe recibir un diagnóstico médico positivo de cáncer.

1. **CÁNCER INTERNO:** todos los tipos de cáncer, que no sea cáncer de piel no melanoma (lea la definición de cáncer de piel no melanoma).

2. **CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA:** un cáncer que no sea un melanoma que comience en la parte exterior de la piel (epidermis).

Las condiciones cancerosas asociadas, condiciones pre-malignas o con potencial maligno, no se considerarán cáncer.

PERSONA CUBIERTA: Cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura que usted indicó en la solicitud: individual (asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/cónyuge solamente (asegurado nombrado y su cónyuge), familia con uno de los padres (asegurado nombrado e hijos dependientes), o familia con ambos padres (asegurado nombrado, cónyuge e hijos dependientes). Cónyuge se define como la persona con la cual se encuentra legalmente casado y quien se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos están asegurados automáticamente por 30 días desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual o de asegurado nombrado/cónyuge solamente y usted desea cobertura ininterrumpida para un hijo recién nacido más allá de los primeros 30 días, deberá notificarlo por escrito a Aflac dentro de los 31 días de la fecha de nacimiento del hijo y Aflac convertirá la póliza a cobertura de familia con uno de los padres o a familia con ambos padres y le notificará sobre la prima adicional a pagar, si corresponde. El asegurado nombrado tiene 31 días para pagar la prima adicional. La cobertura incluirá a cualquier otro hijo dependiente, sin importar la edad, quien no tiene la capacidad de tener un empleo para mantenerse a sí mismo por razones de incapacidad intelectual o física y que haya quedado incapacitado antes de cumplir 26 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. Los hijos dependientes son sus hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, o niños colocados para adopción menores de 26 años de edad. Los hijos nacidos de sus hijos dependientes o los hijos nacidos de los hijos dependientes de su cónyuge no están cubiertos bajo la póliza.

FECHA DE VIGENCIA: La(s) fecha(s) en la que la cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza o en cualquiera de los endosos o cláusulas adicionales adjuntos. La fecha de vigencia no es la fecha en que usted firmó la solicitud de cobertura.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Un centro quirúrgico ambulatorio no incluye el consultorio de un médico o dentista, una clínica u otra instalación semejante.

La quimioterapia experimental no incluye las pruebas de laboratorio, radiografías de diagnóstico, inmunoglobulinas, inmunoterapia, factores estimulantes de colonias, dispositivos terapéuticos u otros procedimientos relacionados a estos tratamientos experimentales.

El término hospital no incluye ninguna institución o parte de la misma utilizada como una sala de emergencias; una unidad de observación; un centro de rehabilitación; una unidad de cuidados para enfermos terminales, incluyendo cualquier cama designada como para cuidado de enfermos terminales o una cama designada para atención hospitalaria (*swing bed*); un hogar de convalecencia; un centro de reposo o enfermería; una unidad de psiquiatría; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o un centro que principalmente provee cuidados de compañía o educativos, cuidados o tratamientos para personas que padecen enfermedades o trastornos mentales, cuidados para los ancianos o cuidado para las personas adictas a las drogas o el alcohol.

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

Un trasplante de células madre no incluye el trasplante de médula ósea.

La fecha del diagnóstico no es la fecha en que se le comunica el diagnóstico a la persona cubierta.

Si se diagnostica cáncer de piel no melanoma durante la hospitalización, los beneficios se limitarán al/a los día/s que la persona cubierta realmente recibió tratamiento por cáncer de piel no melanoma.

Si se recibe tratamiento para el cáncer o una condición cancerosa asociada en un hospital del gobierno de los Estados Unidos, Aflac no requiere que a una persona cubierta se le cobre por dichos servicios para que los beneficios sean pagaderos.

The insurance policy being advertised may be available in Spanish. The English version of the policy is the official, controlling version. Any advertisements used by an insurer shall not be construed to modify or change the insurance policy.

La póliza del seguro a la que se le hace publicidad puede estar disponible en español. La póliza en inglés es la versión oficial y regirá. Ninguna publicidad utilizada por una compañía de seguros, se creará para modificar o cambiar la póliza del seguro.

Aflac®

aflac.com || **1.800.99.AFLAC** (1.800.992.3522)

En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

Suscrita por:
American Family Life Assurance Company of Columbus
Sede Mundial | 1932 Wynnton Road | Columbus, Georgia 31999