

► **Si Debido a una Incapacidad
su Sueldo se Suspende,
*¿Podrá Usted Pagar
sus Facturas?***



**SEGURO DE INGRESOS POR
INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO**

DI

Aflac[®]
Tu protector alado.[®]

SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

Póliza NY57600

DI

Ayudándole a Pagar Sus Facturas, Mientras Usted Se Enfoca en Su Salud

Imagínese esto. Un día, no muy lejano en el futuro, usted se incapacita. No puede ir a trabajar. Esto podría sucederle. De hecho, el año pasado millones de familias pasaron por esta situación.* ¿Cómo pagaría su hipoteca? ¿Cómo compraría los alimentos? ¿Cómo efectuaría el pago del automóvil? ¿Y cómo pagaría las demás facturas que no dejarán de llegar, solo por el hecho de que usted no recibirá su sueldo? Es cuando el seguro de incapacidad de corto plazo de Aflac puede ayudar a marcar la diferencia. Una diferencia que significa que aún tendrá una fuente de ingresos y sabrá que Aflac le ayudará con el pago de sus facturas mientras usted cuida de su salud.



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

LOS DATOS* INDICAN QUE USTED NECESITA LA PROTECCIÓN DE INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO DE AFLAC:

3 de cada **10** DATO NO. 01
CASI UNA TERCERA PARTE DE LOS
ESTADOUNIDENSES ENTRANDO EN LA FUERZA
LABORAL HOY EN DÍA SE INCAPACITARÁN ANTES
DE JUBILARSE.

MÁS DEL
10% DATO NO. 03
DE LOS ESTADOUNIDENSES ENTRE LOS 18 Y
64 AÑOS DE EDAD TIENEN UNA INCAPACIDAD.

CASI EL
90% DATO NO. 02
DE LAS INCAPACIDADES NO SON LABORALES
Y POR LO TANTO NO CALIFICAN PARA
BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN LABORAL.

100 DATO NO. 04
MILLONES DE ESTADOUNIDENSES NO ESTÁN
PROTEGIDOS CON UN SEGURO DE INCAPACIDAD
PRIVADO.

**CDA 2010 Consumer Disability Awareness Study,
Council for Disability Awareness, 2010.

American Family Life Assurance Company of New York
(en el presente documento denominado Aflac New York)
22 Corporate Woods Boulevard • Suite 2 • Albany, New York 12211
Para asistencia o información, llame al 1-800-366-3436.
En español: 1-800-SI-AFLAC (1-800-742-3522)
Para obtener formularios de reclamación, visite nuestro sitio Web en aflac.com.

COBERTURA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO
Declaración de Divulgación de la Póliza Serie NY57600

ESTA NO ES UNA PÓLIZA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.

Si usted califica para Medicare, revise la “Guía del Seguro Médico para Personas Con Medicare” proporcionada por Aflac New York.

Esta póliza proporciona seguro de ingresos por incapacidad. **NO** proporciona seguro de hospital básico, médico básico ni seguro médico principal, según la definición del Departamento de Seguros del Estado de New York.

- 1. Lea Su Póliza Detenidamente.** Esta declaración de divulgación proporciona una breve descripción de las características importantes de su póliza. Este documento no es el contrato del seguro y solamente regirán las disposiciones actuales establecidas en la póliza. La póliza en sí establece detalladamente los derechos y obligaciones tanto de usted como de Aflac New York. Por lo tanto, es importante que usted **¡LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE!**
- 2.** La cobertura de Incapacidad de corto plazo está diseñada para proveer a las personas aseguradas cobertura por incapacidad, atribuible a accidentes o Enfermedades que estén cubiertas bajo la misma, sujeto a las limitaciones establecidas en la póliza. No provee cobertura por los gastos básicos de hospitalización, por servicios médicos-quirúrgicos básicos, ni por los gastos médicos principales.
- 3. Beneficios.** Los siguientes beneficios son parte de la póliza.

Aflac New York pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La Incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de Incapacidad por parto sólo serán pagaderos cuando la concepción ocurra después de la Fecha de Vigencia de esta póliza.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha en que ya no se encuentre Incapacitado o en la fecha de su muerte.**

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

- 1. Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

- 2. Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

- C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la póliza, le causa una Incapacidad Total o Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta póliza esté vigente, Aflac New York cederá de mes a mes, la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac New York requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac New York puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac New York apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

El Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima no está disponible con el Período de Beneficio por Incapacidad Total de tres meses.

**SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS,
SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.**

4. BENEFICIOS OPCIONALES:

Cláusula Adicional para Beneficio por Incapacidad por Lesión Ocurred En el Trabajo:
(Serie NY57650) Solicitada: ☐ Sí ☐ No

Aflac New York pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha en que ya no se encuentre incapacitado o en la fecha de su muerte.**

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

- 1. Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurred En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional por Incapacidad, por Lesión Ocurred En el Trabajo, por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

- 2. Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurred En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurred En el Trabajo por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

B. BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL: Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurred En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Lesión Ocurred En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional por Incapacidad, por Lesión Ocurred En el Trabajo, por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

- C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le causa una Incapacidad Total o Incapacidad Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta cláusula adicional esté vigente, Aflac New York cederá de mes a mes la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac New York requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac New York puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac New York apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

El Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima no está disponible con el Período de Beneficio por Incapacidad Total de tres meses.

**SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS,
SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.**

Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad: (Serie NY57651)
Solicitada: ☐ Sí ☐ No

Aflac New York pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La Incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de Incapacidad por parto sólo serán pagaderos cuando la concepción ocurra después de la Fecha de Vigencia de esta cláusula adicional.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha en que ya no encuentre Incapacitado o en la fecha de su muerte.**

Este beneficio se pagará bajo los mismos términos que el Beneficio por Incapacidad Total o el Beneficio por Incapacidad Parcial, como se describe en su póliza. Las unidades adicionales de cobertura sólo serán pagaderas para una Incapacidad que comience a partir de la Fecha de Vigencia de esta cláusula adicional.

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

- 1. Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficios por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

- 2. Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

B. BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL: Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficios por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

DISPOSICIONES IMPORTANTES DE SU PÓLIZA

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A.** La incapacidad ocasionada por una Condición de Salud Preexistente o por reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no serán cubiertas, a menos que comience más de 12 meses (seis meses si tiene 65 años de edad o más a partir de la Fecha de Vigencia) después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B.** Aflac New York no pagará beneficios por una afección, enfermedad, infección, condición o trastorno que es diagnosticado, o tratado por un Médico dentro de los primeros 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, a menos que la Incapacidad resultante comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- C.** Aflac New York no pagará beneficios por una Incapacidad que es tratada fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, sus posesiones, o los países de Canadá o México.
- D.** Aflac New York no pagará beneficios cuando la cobertura provista por esta póliza esté en violación de las leyes federales. Esto incluye, pero no se limita a, la Ley de Secreto Bancario ("Bank Secrecy Act"), la Ley de Prácticas Corruptas en el Extranjero ("Foreign Corrupt Practices Act") y/o las regulaciones de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros ("Office of Foreign Assets Control"). Si la cobertura violara cualquiera de estos estatutos o regulaciones, la persona asegurada pudiera no recibir los beneficios de la póliza y la cobertura quedará nula e inválida.
- E.** Aflac New York no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo esta cobertura.
- F.** Aflac New York no pagará beneficios por una Incapacidad causada por o que ocurra como resultado de cualquier infección o infestación bacteriana, vírica o por microorganismo, o cualquier condición que resulte de la picadura o mordida de un insecto, arácnido u otro artrópodo como una Incapacidad causada por una Lesión; dicha incapacidad estará cubierta de la misma manera que la Incapacidad causada por una Enfermedad.
- G.** **Aflac New York no pagará beneficios por una incapacidad causada por o que ocurra como resultado de:**

1. Embarazo o parto dentro de los primeros diez meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura como resultado de un embarazo normal. (Las Complicaciones de un Embarazo estarán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad);
2. Pérdida sufrida o contraída estando bajo los efectos de cualquier narcótico (a menos que sea administrado por consejo de un Médico);
3. Participar en cualquier actividad ilegal definida como delito grave ("delito grave" se define por la ley de la jurisdicción en la cual haya sucedido el hecho);
4. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente o cometer o intentar suicidio;
5. Realizarse cirugía cosmética, excepto que la cirugía cosmética no incluirá cirugía reparadora cuando dicho procedimiento sea incidental o posterior a una cirugía que sea resultado de un trauma, infección u otras enfermedades de la parte involucrada;
6. Realizarse cuidado o tratamiento dental, excepto como resultado de una Lesión accidental dentro de los 12 meses del accidente y exceptuando cuidado o tratamiento dental necesario debido a una enfermedad congénita o anomalía;
7. Estar expuesto a guerras o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado, o prestar servicio en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas. (Si usted es miembro de un componente de la reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluyendo la Guardia Nacional, usted puede continuar o suspender esta póliza hasta por cinco años durante un período de servicio activo. Cuando nos notifique que suspendamos esta póliza, reembolsaremos cualquier prima pagada por la cobertura después de la fecha en la que recibamos la notificación. Restableceremos esta póliza cuando finalice su servicio activo, sin evidencia de asegurabilidad, cuando recibamos (1) su petición escrita para restablecer esta póliza y (2) la prima para este período desde la fecha en la que termina su servicio activo hasta la próxima fecha de vencimiento de prima. La póliza restablecida no incluirá exclusiones ni períodos de espera nuevos y entrará en vigor desde la fecha en la que termine su servicio activo. Si no recibimos su petición escrita y la prima requerida dentro de los sesenta días de terminar su servicio activo, todavía puede solicitar el restablecimiento de la póliza. En este caso, deberá cumplir con la disposición de Restablecimiento);
8. Trastornos mentales o emocionales, incluyendo, pero no limitados a lo siguiente: trastorno afectivo bipolar (síndrome maníaco-depresivo), trastornos delirantes (paranoicos), trastornos psicóticos, trastorno de somatización (enfermedad psicosomática), trastornos de alimentación, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, depresión, estrés o depresión después del parto. Sin embargo, esta póliza pagará por incapacidades cubiertas que resulten de la enfermedad de Alzheimer o formas similares de senilidad o demencia senil mientras la cobertura esté en vigor.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión.

LIMITACIONES DE CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES: Una "Condición de Salud Preexistente" es una enfermedad, dolencia, infección, trastorno, condición o lesión por la cual, dentro del período de 12 meses previos a la Fecha de Vigencia de la cobertura, se recomendó o recibió consejo médico o tratamiento por parte de un Médico, o de la cual existían síntomas que hubiesen causado generalmente a que una persona prudente hubiera buscado diagnóstico, atención o tratamiento. La incapacidad causada por una Condición de Salud Preexistente o reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no estarán cubiertas, a menos que ésta comience más de 12 meses (seis meses si tiene 65 años de edad o más a partir de la Fecha de Vigencia) después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

Renovación. La póliza es de renovación garantizada hasta el aniversario de la póliza siguiente a su cumpleaños número 75 mediante el pago de las primas en vigor al comienzo de cada período de renovación. Las tarifas de primas pueden cambiar en todas las pólizas del mismo número y clase de formulario, pero sólo