

Aflac

Seguro de Ingresos por Incapacidad a Corto Plazo

Aflac está dedicada a ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.



SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE AFLAC

Póliza NY57600; Cláusulas Adicionales NY57650 y NY57651

SD

Ayudándole a Pagar Sus Facturas, Mientras Usted Se Enfoca en Sí Mismo

¿Qué pasaría si un día, no muy lejano en el futuro, usted se incapacita y no puede ir a trabajar? ¿Cómo pagaría por los gastos de la vida diaria, tales como la hipoteca o el alquiler mensual, los alimentos y sus servicios públicos? Las facturas no dejan de llegar, aun si usted no puede trabajar. Es ahí cuando la póliza del seguro de incapacidad a corto plazo de Aflac puede ayudar a marcar la diferencia. Es una fuente de ingreso mensual que usted podría necesitar para ayudarlo a pagar sus facturas mientras cuida de su salud.

Las razones por las cuales el Seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac puede ser la mejor opción para usted:

- Se vende de forma individual. Usted escoge el plan que más le convenga de acuerdo a sus necesidades financieras y a sus ingresos.
- Ofrecemos la opción de emisión garantizada¹ para la cobertura de incapacidad a corto plazo. Eso significa que no se requiere un cuestionario médico.
- Pagamos un beneficio en efectivo directamente a usted por cada día que esté incapacitado.²



He aquí cómo podemos ayudar

Cuando está incapacitado, usted no sólo puede perder la habilidad de ganarse la vida, sino también sus ahorros o fondos de retiro. Las obligaciones financieras podrían ser abrumadoras. El seguro de incapacidad juega un papel íntegro e importante en su planificación financiera.

Aflac provee beneficios tanto por una incapacidad total como parcial. Aunque usted pueda trabajar, los beneficios por incapacidad parcial puede que estén disponibles para ayudarlo a compensar la pérdida de ingresos.

Aflac no coordina los beneficios. Pagaremos los beneficios directamente a usted, independiente de cualquier otro seguro de incapacidad que usted pueda tener, incluyendo el Seguro Social.

Los datos indican que usted necesita la protección del plan de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac:

DATO NO. 1

ANTES DE JUBILARSE,

1-de cada-4

ESTADOUNIDENSES ENTRANDO EN LA FUERZA LABORAL QUEDARÁ INCAPACITADO.³

DATO NO. 2

CASI EL

90%

DE LAS INCAPACIDADES NO ESTÁN RELACIONADAS CON EL TRABAJO.³

¹Sujeto a ciertas condiciones.

²Sujeto a su período de beneficio y período de eliminación.

³2015 Disability Insurance Awareness Month, Facts from LIMRA.

Comprenda la diferencia que Aflac hace en su seguridad económica.

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

Opciones de Cobertura

Escoja la Póliza que Usted Necesita

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
PAGO DE BENEFICIO MENSUAL	\$400 a \$6,000 (sujeto a los requisitos de ingresos)
PERÍODOS DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL	3, 6, 12, 18 ó 24 meses
PERÍODO DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL	3 meses
PERÍODOS DE ELIMINACIÓN (LESIÓN/ENFERMEDAD)	0/7, 0/14, 7/7, 7/14, 14/14, 0/30, 30/30, 60/60, 90/90, 180/180
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Se cede el derecho a la prima, de mes a mes, por la póliza y cualquier cláusula(s) adicional(es) que corresponda(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el período de beneficio correspondiente que se muestra en el Cuadro de la Póliza. No está disponible con el período de beneficio por incapacidad total de 3 meses.

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES

CLÁUSULA ADICIONAL PARA BENEFICIO POR INCAPACIDAD POR LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO	Provee beneficios si una incapacidad es causada por una lesión ocurrida en el trabajo cubierta mientras la cobertura esté en vigor. Disponible incluso con la Compensación de los Trabajadores.* Los beneficios son pagaderos durante el período de beneficio por incapacidad total seleccionado. El beneficio está sujeto al período de eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza y a los requisitos de ingresos.
CLÁUSULA ADICIONAL PARA UNIDADES ADICIONALES DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD	Le permite comprar unidades adicionales para cobertura de incapacidad para agregarlas a su póliza de incapacidad a corto plazo existente. Sujeto a los requisitos de ingresos.

Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

*Sujeto a ciertas condiciones/máximo.

Cómo funciona



El ejemplo anterior está basado en un escenario para el seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac que incluye las condiciones de los siguientes beneficios: edades 18–49, empleado a tiempo completo en el momento que comenzó la incapacidad, un monto del beneficio mensual por incapacidad de \$2,000**, un salario anual de \$40,000 no cubierto por un plan de incapacidad del estado, el período de eliminación de 0/7 días, el período de beneficio de 3 meses, beneficios basados en las primas de la póliza que se pagan con dólares deducidos después de impuestos.

La póliza tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Para costos y detalles completos sobre la cobertura, comuníquese con su agente/productor del seguro de Aflac. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte la declaración de divulgación y la póliza para detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones completos.

**El beneficio mensual por incapacidad puede estar limitado si está cubierto por un plan de incapacidad del estado.

COBERTURA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

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 registrarán 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 su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurredida 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 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 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 su 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 Ocurred En el 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 su 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 su 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 que 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 Ocurred 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 Ocurred Fura 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 Ocurred Fura del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura 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 Ocurred Fura 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 Ocurred Fura 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 su 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 psicósomática), 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 si el Superintendente del Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York aprueba antes la tarifa. Si esta póliza se emitió a base de "factura por listado" y usted deja su empleador por cualquier motivo, la prima volverá a una tarifa de pago directo más alta.

La proporción del beneficio esperado de esta póliza es 50%. Este porcentaje es la parte de las futuras primas que la Compañía espera devolver como beneficios, tomando como promedio a todas las personas con esta póliza.

GUARDE ESTA DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

ESTA DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN ES SOLAMENTE UNA BREVE EXPLICACIÓN DE SU PÓLIZA.

LA PÓLIZA EN SÍ MISMA ESTABLECE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES TANTO DE USTED COMO DE AFLAC NEW YORK. POR LO TANTO, ES IMPORTANTE QUE LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.

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 provee como referencia para el cliente y es sólo con fines informativos.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): 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.

BENEFICIO DIARIO POR INCAPACIDAD: una trigésima parte del beneficio por incapacidad mensual que corresponda como se muestra en el Cuadro de la Póliza.

FECHA DE VIGENCIA: la(s) fecha(s) en que su cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza. Requerimos evidencia de asegurabilidad antes de que se proporcione la cobertura. Después de la aprobación de su solicitud, la cobertura comenzará en la fecha de vigencia mostrada en el Cuadro de la Póliza.

EMPLEO A TIEMPO COMPLETO: un empleo en el cual usted trabaja 19 horas o más a la semana para un empleador por salario o beneficios.

LESIÓN: una lesión corporal causada directamente por un accidente, independiente de una enfermedad, padecimiento, dolencia física o cualquier otra causa, que ocurra en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté en vigor.

LESIÓN OCURRIDA FUERA DEL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted no está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

INCAPACIDAD PARCIAL: estar bajo el cuidado y atención de un médico debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo, pero puede trabajar en cualquier empleo ganando menos del 80 por ciento del ingreso anual de su empleo a tiempo completo en el momento en que quedó incapacitado.

ENFERMEDAD: es una afección, padecimiento, infección o cualquier otra condición de salud física anormal, independiente de una lesión, que se manifiesta y se trata por primera vez más de 30 días después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté en vigor.

INCAPACIDAD TOTAL: estar bajo el cuidado y atención de un médico debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo, ni pueda trabajar en ningún otro empleo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las complicaciones del embarazo no deben incluir parto falso, hemorragia uterina escasa, descanso recomendado por un Médico durante el período del embarazo, náuseas del embarazo, hiperémesis gravídica, preeclampsia y condiciones similares asociadas con el tratamiento de un embarazo difícil que no constituyen una complicación del embarazo nosológicamente distinta.

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

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.com || 1.800.366.3436

En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

Suscrita por:
American Family Life Assurance Company of New York
22 Corporate Woods Boulevard, Suite 2 | Albany, New York 12211

