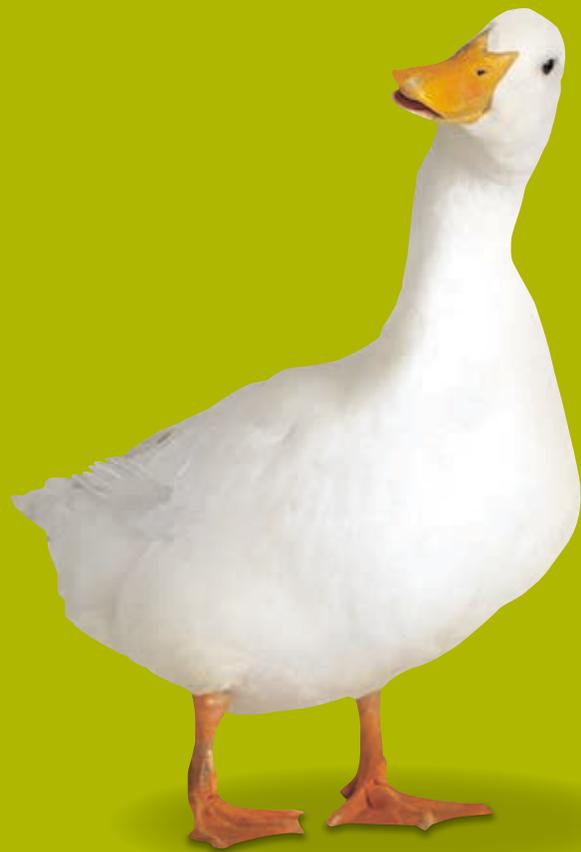


Aflac Cancer Care

SELECT – SEGURO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Por casi 60 años, nos hemos
dedicado a ayudar a proveer tranquilidad y
seguridad económica.



Aflac[®]
Tu protector alado.[®]

AFLAC CANCER CARE

SEGURO ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Póliza NY78200



Protección Adicional para Usted y Su Familia

Lo más probable es que usted conoce a alguien que ha sido afectado, directa o indirectamente, por el cáncer. Usted también sabe el impacto que tiene en la persona—física, emocional y económicamente. Es por eso que hemos creado la póliza del seguro Aflac Cancer Care. El plan paga un beneficio en efectivo cuando se diagnostica, inicialmente, un cáncer que esté cubierto por la póliza, con una variedad de beneficios adicionales y pagaderos durante el tratamiento del cáncer. Usted puede usar estos beneficios en efectivo para pagar gastos por servicios médicos pagados del propio bolsillo, el alquiler o la hipoteca, la comida o las facturas de servicios—usted decide.

Y aunque el futuro no siempre puede predecirse, en Aflac creemos que es una buena idea estar preparado. El plan Aflac Cancer Care está disponible para ayudar a usted y a su familia a sobrellevar económica—y emocionalmente—si alguna vez le notifican un diagnóstico positivo de cáncer. Así, usted puede preocuparse menos sobre lo que se espera en el futuro.



CÓMO FUNCIONA



El ejemplo anterior está basado en un escenario para el seguro Aflac Cancer Care – Select que incluye las condiciones de los siguientes beneficios: Consulta al Médico (Beneficio de Pruebas Preventivas para la Detección del Cáncer) de \$40, biopsia de médula ósea (Beneficio por Cirugía/Anestesia) de \$125, Beneficio de Evaluación/Consulta en el Instituto Nacional del Cáncer de \$500, Beneficio de Diagnóstico Inicial de \$2,000, catéter intravenoso permanente (Beneficio por Cirugía/Anestesia) de \$125, Beneficio por Quimioterapia Inyectada (10 semanas) de \$3,000, Beneficio por Inmunoterapia (3 meses) de \$525, Beneficio por Medicamentos Antieméticos (3 meses) de \$150, Beneficio por Hospitalización (hospitalización de 10 semanas) de \$14,000, Beneficio por Sangre/Plasma (10 transfusiones) de \$850.

LOS DATOS INDICAN QUE USTED NECESITA LA PROTECCIÓN DEL PLAN DE AFLAC CANCER CARE:

DATO NO. 1

EN LOS ESTADOS UNIDOS, LOS HOMBRES CORREN UN RIESGO LIGERAMENTE MENOR DE

1-de cada-**2**

EN PADECER CÁNCER DURANTE SU VIDA.¹

DATO NO. 2

EN LOS ESTADOS UNIDOS, LAS MUJERES CORREN UN RIESGO LIGERAMENTE MAYOR DE

1-de cada-**3**

EN PADECER CÁNCER DURANTE SU VIDA.¹

¹Cancer Facts & Figures 2012, American Cancer Society.

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 póliza para detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones.

Perspectiva General de los Beneficios del Seguro Select Cancer Care

NOMBRE DEL BENEFICIO

CANTIDAD DEL BENEFICIO

Beneficio de Pruebas Preventivas para la Detección del Cáncer

\$40 por año, por Persona Cubierta

Beneficios por Diagnóstico de Cáncer:

Beneficio de Diagnóstico Inicial

Asegurado/Cónyuge: \$2,000; Hijo Dependiente: \$4,000; pagadero una vez por Persona Cubierta

Beneficio de Radiografías Médicas con Diagnóstico

\$75; dos pagos por año, por Persona Cubierta; no hay límite máximo de por vida

Beneficio de Evaluación/Consulta en el NCI

\$500 pagadero sólo una vez por Persona Cubierta

Beneficios por Tratamiento de Cáncer:

Beneficio por Quimioterapia Inyectada

\$300 por día; se limita a un pago por semana; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Quimioterapia Oral

\$135 por día hasta un máximo de \$405 por mes para el Beneficio por Quimioterapia Oral/Tópica²

Beneficio por Quimioterapia Oral Con Hormonas

\$135 por receta médica, por mes hasta 24 meses; después de 24 meses \$50 por mes hasta un máximo de \$405 por mes para el Beneficio por Quimioterapia Oral/Tópica²

Beneficio de Radioterapia

\$175 día; se limita a un pago por semana; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Tratamiento Experimental

\$175 por semana fuera del estudio clínico; \$75 por semana como parte de un estudio clínico; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Inmunoterapia

\$175 una vez por mes; máximo de por vida de \$875 por Persona Cubierta

Beneficio por Medicamentos Antieméticos

\$50 por mes; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Trasplante de Células Madre

\$3,500; máximo de por vida de \$3,500 por Persona Cubierta

Beneficio por Trasplante de Médula Ósea

\$3,500; máximo de por vida de \$3,500 por Persona Cubierta; \$500 al donante

Beneficio por Sangre y Plasma

Paciente Interno: \$85 multiplicado por el número de días pagados bajo el Beneficio por Hospitalización; Paciente Ambulatorio: \$140 por día; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Cirugía/Anestesia

\$100–\$1,700 (Anestesia: 25% adicional del Beneficio por Cirugía); beneficio diario máximo a no exceder \$2,125; no hay límite máximo de por vida en el número de operaciones

Beneficio por Cirugía de Cáncer de la Piel

\$20–\$200; no hay límite máximo de por vida en el número de operaciones

Beneficio de Opinión Quirúrgica Adicional

\$100 por día; no hay límite máximo de por vida

Beneficios por Hospitalización:

Beneficio por Hospitalización

\$200 por día; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Habitación para Cirugía Ambulatoria

\$100 (pagadero además del Beneficio por Cirugía/Anestesia); no hay límite máximo de por vida en el número de operaciones

Beneficios de Cuidado Continuo:

Beneficio de Centro de Atención Prolongada

\$75 por día; se limita a 30 días por año, por Persona Cubierta

Beneficio por Asistencia Médica en el Hogar

\$50 por día; límite máximo de por vida de 100 días por Persona Cubierta.

Beneficio por Asistencia Médica para Enfermos Terminales

\$1,000 por el primer día; \$50 por día para los días posteriores; beneficio máximo de por vida de \$12,000 por Persona Cubierta

Beneficios por Servicios de Enfermería

\$50 por día; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Prótesis Quirúrgicas

\$1,000; beneficio máximo de por vida de \$2,000 por Persona Cubierta

Beneficio por Prótesis no Quirúrgicas

\$90 por incidencia; beneficio máximo de por vida de \$180 por Persona Cubierta

Beneficio de Cirugía Reparadora

\$110–\$1,000 (Anestesia: 25% del Beneficio de Cirugía Reparadora); no hay límite máximo en el número de operaciones

Beneficio de Recolección y Preservación de Óvulos (Criopreservación)

\$500 para la extracción de ovocitos; \$175 para el almacenamiento; límite máximo de por vida de \$675 por Persona Cubierta

Beneficios de Ambulancia, Transporte, Alojamiento y Otros Beneficios:

Beneficio de Ambulancia

\$250 terrestre o \$2,000 aérea; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Transporte

\$.35 por milla; máximo de \$1,000 por viaje de ida y vuelta; no hay límite máximo de por vida

Beneficio por Alojamiento

\$50 por día; se limita a 90 días por año

Beneficio para Análisis del Donante de Médula Ósea

\$40; se limita a un beneficio por Persona Cubierta, de por vida

²Hasta un máximo de tres medicamentos diferentes para quimioterapia oral/tópica por mes calendario.

DEFINICIONES 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; CONTINENCIA: mantenimiento del control urinario e intestinal, incluyendo su habilidad para 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 BAÑO: ir y venir del baño, 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 lugar natural o normal, limitado al lugar de origen sin invasión del tejido adyacente). Una Condición Cancerosa Asociada debe recibir un Diagnóstico Médico Positivo. **Las condiciones pre-malignas o condiciones con potencial maligno, con excepción de las indicadas específicamente anteriormente, no son consideradas como Condiciones Cancerosas Asociadas.**

CÁNCER: Una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento incontrolado y difusión de células malignas y la invasión de tejido. El término “Cáncer” también incluye, pero no está limitado a, leucemia, enfermedad de Hodgkin, y melanoma. El Cáncer debe recibir un Diagnóstico Médico Positivo.

- 1. CÁNCER INTERNO:** Se refiere a todo Cáncer distintos al Cáncer de la Piel No melanoma (lea la definición del “Cáncer de la Piel No melanoma”).
- 2. CÁNCER DE LA PIEL NO MELANOMA:** Un Cáncer distinto al melanoma, que comienza en la parte exterior de la piel (epidermis).

Las Condiciones Cancerosas Asociadas, condiciones pre-malignas o condiciones con potencial maligno no se considerarán como Cáncer.

PERSONA CUBIERTA: Cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura solicitada por usted: individual (el asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/Cónyuge solamente (el asegurado nombrado y su Cónyuge), familia con uno de los padres (el asegurado nombrado y todos sus Hijos Dependientes), o familia con ambos padres (el asegurado nombrado, su Cónyuge, y todos sus Hijos Dependientes). “Cónyuge” se define como la persona con la cual usted se encuentra legalmente casado(a) y que se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual o asegurado nombrado/Cónyuge solamente, y usted desea una cobertura ininterrumpida para un hijo recién nacido, usted deberá notificar a Aflac por escrito dentro de los 31 días del nacimiento de su hijo, y Aflac convertirá la póliza a una cobertura de familia con uno de los padres o familia con ambos padres y le informará sobre la prima adicional que corresponda. La cobertura incluirá a cualquier otro Hijo Dependiente, sin importar la edad, el cual no pueda obtener un empleo para mantenerse a sí mismo por motivo de enfermedad mental, discapacidad del desarrollo, retraso mental (según lo define la ley de higiene mental) o incapacidad física, y que haya contraído dicha incapacidad antes de cumplir los 26 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. “Hijos Dependientes” son sus hijos naturales, hijastros, o hijos adoptados legalmente que sean menores de 26 años de edad.

FECHA DE VIGENCIA: La fecha del comienzo de la cobertura, según se indica en el Cuadro de la Póliza. La Fecha de Vigencia no es la fecha en la cual usted firmó la solicitud para cobertura.

INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA FINAL: Insuficiencia permanente e irreversible de los riñones, pero no de índole aguda, que requiere diálisis o un trasplante de riñón para mantener la vida.

ATAQUE CARDÍACO: Un infarto al miocardio, una trombosis coronaria o una oclusión coronaria que es diagnosticada o tratada después de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional. El ataque debe ser diagnosticado positivamente por un Médico y debe ser comprobado por medio de resultados electrocardiográficos o clínicos junto con los resultados de enzimas en sangre. La definición de “Ataque Cardíaco” no significa una insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía aterosclerótica, angina, enfermedad arterial coronaria o cualquier otra disfunción del sistema cardiovascular.

MÉDICO: Una persona legalmente calificada para ejercer las artes de curación, que no sea un miembro de su familia inmediata, que esté actuando dentro del rango autorizado por su licencia.

INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: Ataque Cardíaco, Derrame Cerebral, Insuficiencia Renal en Etapa Final o Paro Cardíaco Súbito que ocurra en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

RECUPERACIÓN DE INCIDENCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD: Se considerará que una Persona Cubierta se encuentra en Recuperación de Incidencia Específica de la Salud si dicha persona continúa estando bajo el cuidado activo y tratamiento de un Médico por una Incidencia Específica de la Salud cubierta o si la persona no puede cumplir los deberes de su ocupación regular debido a una Incidencia Específica de la Salud cubierta. “Incidencia Específica de la Salud” incluye Ataque Cardíaco, Derrame Cerebral, Insuficiencia Renal en Etapa Final o Paro Cardíaco Súbito que ocurra después de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional.

DERRAME CEREBRAL: Apoplejía debida a ruptura u oclusión aguda de una arteria cerebral que es diagnosticada o tratada en o después de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional. La apoplejía debe causar pérdida total o parcial de funciones que incluyan el movimiento o la sensación de una parte del cuerpo y debe durar más de 24 horas. El Derrame Cerebral debe ser diagnosticado positivamente por un Médico basado en déficits neurológicos documentados y estudios de neuroimagen que confirmen. “Derrame Cerebral” no significa Lesión de la cabeza, ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) o insuficiencia cerebrovascular.

PARO CARDÍACO SÚBITO: Pérdida súbita e inesperada de la función cardíaca en la que el corazón deja de funcionar abruptamente y sin advertencia como resultado de un falla eléctrica interna del corazón. Cualquier fallecimiento en el que la única causa del fallecimiento indicada en el certificado de defunción sea colapso cardiovascular, Paro Cardíaco Súbito, paro cardíaco o muerte cardíaca súbita se considerará un Paro Cardíaco Súbito para los fines de la póliza. El “Paro Cardíaco Súbito” no es un Ataque Cardíaco.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Un Centro de Cirugía Ambulatoria no incluye el consultorio de un médico o dentista, una clínica, o cualquier otro local semejante.

Un Hospital no es, a menos que lo sea incidentalmente, un lugar de descanso; un lugar destinado al tratamiento de tuberculosis; un asilo de ancianos; una institución de rehabilitación para adictos a las drogas o el alcohol; o un lugar para convalecencia, custodia, educación o cuidado de rehabilitación.

Un Trasplante de Médula Ósea no incluye Trasplantes de Células Madre.

Un Trasplante de Células Madre no incluye Trasplantes de Médula Ósea.

Si se diagnostica Cáncer de la Piel No melanoma durante la hospitalización, los beneficios se limitarán al día(s) en que la Persona Cubierta realmente haya recibido tratamiento para dicho Cáncer.

Si el tratamiento para el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada se realiza en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos, no se requerirá incurrir un cargo para que los beneficios indicados en la póliza 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.

Tu protector alado.®

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

