

Aflac Cancer Protection Assurance

SEGURO LIMITADO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA – OPCIÓN 2

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



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



Opciones de la Cobertura

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

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

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

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES	DESCRIPCIÓN						
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL CON INCREMENTOS PROGRESIVOS	Este beneficio aumentará la cantidad del Beneficio por Diagnóstico Inicial como se muestra en la póliza, por \$100 por cada unidad adquirida, hasta cinco unidades, para cada persona cubierta en la fecha de aniversario de la cobertura mientras la cobertura permanezca en vigencia.						
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA	<p>Cuando una persona cubierta es diagnosticada con cualquiera de las enfermedades listadas en la Cláusula Adicional del Beneficio por Enfermedad Específica:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico inicial</th> <th colspan="2">Hospitalización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$2,000</td> <td>30 días o menos: \$400 por día</td> <td>31 días o más: \$800 por día</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnóstico inicial	Hospitalización		\$2,000	30 días o menos: \$400 por día	31 días o más: \$800 por día
Diagnóstico inicial	Hospitalización						
\$2,000	30 días o menos: \$400 por día	31 días o más: \$800 por día					
CLÁUSULA ADICIONAL PARA HIJO DEPENDIENTE	\$10,000 cuando a un hijo dependiente cubierto se le haya diagnosticado cáncer interno o una condición cancerosa asociada; pagadero solo una vez por cada hijo dependiente cubierto						

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