

Aflac Choice

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN – OPCIÓN 1

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 para la cobertura médica principal. La falta de una cobertura médica principal (u otra cobertura esencial mínima) puede resultar en un pago adicional de sus impuestos.



AFLAC CHOICE

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN – OPCIÓN 1

Póliza de la Serie B40000



La vida está llena de decisiones difíciles, pero ésta no es una de ellas.

Aflac Choice facilita y hace menos estresante el escoger la cobertura correcta. Con su agente de Aflac de confianza usted puede personalizar su seguro de Aflac Choice para que cumpla con sus necesidades específicas y mejorar su cobertura existente. Escoja las opciones que usted desea e ignore el resto.

He aquí cómo podemos ayudar

Aflac Choice ofrece nuestra mejor selección de beneficios relacionados al hospital para ayudar con los gastos no cubiertos por el seguro médico principal, lo cual puede ayudar a evitar deducibles altos y gastos pagados del propio bolsillo que pueden arruinar sus planes de vida.

Si escoger la cobertura correcta le ha causado un gran dolor de cabeza en el pasado, no se preocupe. Estamos aquí para ayudarle.

Por qué Aflac Choice puede ser la póliza correcta para usted

- Es personalizable. Puede escoger el plan que sea correcto para usted basado en sus necesidades específicas. Además, funciona bien con nuestros otros productos.
- Opciones de emisión garantizada disponibles—lo cual significa que no se requiere un cuestionario médico.*
- Pagamos dinero en efectivo directamente a usted (a menos que se asigne de otro modo)—no al médico u hospital.



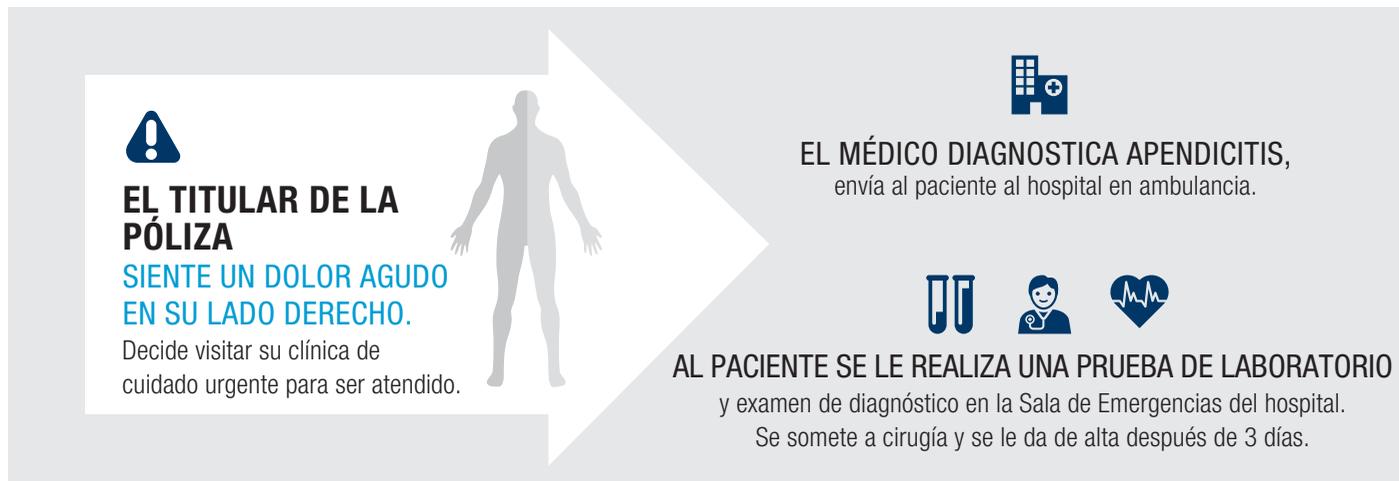
*El pago de reclamaciones está sujeto a todas las limitaciones y exclusiones de la póliza, y limitaciones de condición de salud preexistente.

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

Comprenda la diferencia que puede hacer Aflac en su seguridad económica.

Aflac paga beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que hayan sido asignados de otro modo, por gastos de hospital cubiertos. Proveemos recursos financieros para ayudarle a superar algunos de los gastos inesperados asociados con una visita al hospital, dándole menos preocupaciones para que pueda enfocar su energía en recuperarse.

Cómo funciona



Elección 1	Elección 2	Elección 3	Elección 4
\$1,600	\$2,200	\$2,010	\$2,610
Póliza de Aflac Choice	Póliza + Cláusula Adicional por Estadía en un Hospital y Cuidado de Cirugía	Póliza + Cláusula Adicional para Beneficios Extendidos	Póliza + Ambas Cláusulas Adicionales

El ejemplo anterior está basado en cuatro escenarios. **Escenario de Elección 1:** El Titular de la Póliza tiene la póliza de Aflac Choice solamente; que incluye un Beneficio por Hospitalización de \$1,500 y un Beneficio de Sala de Emergencias del Hospital de \$100. **Escenario de Elección 2:** El Titular de la Póliza tiene la póliza de Aflac Choice más la Cláusula Adicional por Estadía en un Hospital y Cuidado de Cirugía; que incluye las cantidades de los beneficios del Escenario de Elección 1 (antes mencionado), más un Beneficio por Asistencia Inicial de \$100, un Beneficio por Cirugía (apendectomía) de \$200 y un Beneficio Diario por Hospitalización de \$300 (hospitalizado por 3 días). **Escenario de Elección 3:** El Titular de la Póliza tiene la póliza de Aflac Choice más la Cláusula Adicional para Beneficios Extendidos; que incluye las cantidades de los beneficios del Escenario de Elección 1 (antes mencionado), más un Beneficio por Visita al Médico de \$25, un Beneficio por Prueba de Laboratorio y Radiografía de \$35, un Beneficio por Diagnóstico Médico y Exámenes de Imagen de \$150, y un Beneficio de Ambulancia de \$200 (terrestre). **Escenario de Elección 4:** El Titular de la Póliza tiene la póliza de Aflac Choice más ambas, la Cláusula Adicional por Estadía en un Hospital y Cuidado de Cirugía, y la Cláusula Adicional para Beneficios Extendidos; que incluye las cantidades de los beneficios del Escenario de Elección 1 (antes mencionado), más un Beneficio por Visita al Médico de \$25, un Beneficio por Prueba de Laboratorio y Radiografía de \$35, un Beneficio por Diagnóstico Médico y Exámenes de Imagen de \$150, un Beneficio de Ambulancia de \$200 (terrestre), un Beneficio por Asistencia Inicial de \$100, un Beneficio por Cirugía (apendectomía) de \$200 y un Beneficio Diario por Hospitalización de \$300 (hospitalizado por 3 días). Los beneficios y/o las primas pueden variar basados en el estado y la opción del beneficio seleccionada. La póliza tiene limitaciones, exclusiones y limitaciones de condición de salud preexistente que pueden afectar los beneficios pagaderos. Las cláusulas adicionales están disponibles a un costo adicional. La póliza puede incluir un período de espera. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte la póliza para obtener detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones.

Opciones de Cobertura

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

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
HOSPITALIZACIÓN	Paga \$500; \$1,000; \$1,500; ó \$2,000. Usted escoge la cantidad del beneficio al momento de la solicitud. Pagadero una vez por año calendario, por persona cubierta.
CENTRO DE REHABILITACIÓN	Paga \$100 por día; limitado a 15 días por hospitalización. Limitado a 30 días por año calendario, por persona cubierta.
SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL	Paga \$100 por tratamiento en una sala de emergencias del hospital. Limitado a 2 pagos por año calendario, por persona cubierta.
HOSPITALIZACIÓN DE CORTA DURACIÓN	Paga \$100 por estadía de menos de 23 horas en un hospital. Limitado a 2 pagos por año calendario, por póliza.
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Sí

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES	DESCRIPCIÓN
CLÁUSULA ADICIONAL PARA BENEFICIOS EXTENDIDOS	Beneficio por Visita al Médico: Paga \$25 por visitas (incluyendo telemedicina) a un médico, psicólogo o un centro de cuidado urgente. Cobertura Individual: Limitado a 3 visitas por año calendario, por póliza. Cobertura de Asegurado Nombrado/ Cónyuge y Familiar: Limitado a 6 visitas por año calendario, por póliza.
	Beneficio por Prueba de Laboratorio y Radiografía: Paga \$35; limitado a 2 pagos por persona cubierta, por año calendario.
	Beneficio por Diagnóstico Médico y Exámenes de Imagen: Paga \$150 por un examen cubierto, limitado a 2 exámenes por persona cubierta, por año calendario. Los beneficios son pagaderos por una variedad de diagnóstico médico y exámenes de imagen, incluyendo estudios del sueño.
CLÁUSULA ADICIONAL POR ESTADÍA EN UN HOSPITAL Y CUIDADO DE CIRUGÍA	Beneficio de Ambulancia: Paga \$200 (terrestre) ó \$2,000 (aérea) por transporte hacia o desde un hospital. El beneficio está limitado a dos viajes, por año calendario, por persona cubierta.
	Beneficio por Asistencia Inicial: Paga \$100 una vez por año calendario, por cláusula adicional, cuando una persona cubierta requiera una admisión al hospital.
	Beneficio por Cirugía: Paga \$50-\$1,000 por una cirugía cubierta. Limitado a un pago por un período de 24 horas, por persona cubierta.
	Beneficio de Exámenes Invasivos para Diagnóstico: Paga \$100 por un examen cubierto, por persona cubierta, por un período de 24 horas.
	Beneficio por Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos: Paga \$500 por día, por persona cubierta, hasta 30 días.
Beneficio Diario por Hospitalización: Paga \$100 por día, por persona cubierta, hasta 365 días.	
Beneficio por Segunda Opinión Quirúrgica: Paga \$50 una vez por persona cubierta, por año calendario.	

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

COBERTURA DE AFLAC CHOICE

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

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

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN, BENEFICIOS LIMITADOS
Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza Serie B40100

ESTA NO ES UNA COBERTURA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.

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

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

(2) Cobertura de Indemnización por Hospitalización: La póliza provee cobertura en forma de un beneficio fijo durante períodos de hospitalización o cuidados debido a una Enfermedad o Lesión, sujeto a cualquiera de las limitaciones establecidas en su póliza. No provee ningún otro beneficio además del pago fijo por indemnización por Hospitalización y cualquiera de los beneficios adicionales descritos a continuación.

(3) Beneficios: Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra mientras la cobertura esté vigente, sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes, Limitaciones y Exclusiones y todas las otras disposiciones de la póliza, a menos que se indique lo contrario. El término "Hospitalización" no incluye salas de emergencias. La hospitalización o tratamiento en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere de un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

A. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN: Aflac pagará \$[_____] cuando una Persona Cubierta requiere una Hospitalización durante 23 horas o más debido a una Enfermedad o Lesión cubierta y se incurre en un cargo por una habitación. Este beneficio es pagadero una vez por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

El Beneficio de Centro de Rehabilitación y el Beneficio por Hospitalización no son pagaderos el mismo día. Se pagará el beneficio más alto que califique.

B. BENEFICIO DE CENTRO DE REHABILITACIÓN: Aflac pagará \$100 por día cuando una Persona Cubierta es internada en un Hospital y transferida a una habitación en un Centro de Rehabilitación por tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta y se incurre en un cargo por cada día de dicho tratamiento. Este beneficio está limitado a 15 días por Período de Hospitalización y está limitado a un máximo de 30 días por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

El Beneficio de Centro de Rehabilitación y el Beneficio por Hospitalización no son pagaderos el mismo día. Se pagará el beneficio más alto que califique.

C. BENEFICIO DE SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL: Aflac pagará \$100 cuando una Persona Cubierta recibe tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión cubierta en una Sala de Emergencias del Hospital, incluyendo la clasificación (*triage*) y se incurre en un cargo por dicho tratamiento. Este beneficio es pagadero dos veces por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

El Beneficio de Sala de Emergencias del Hospital y el Beneficio por Hospitalización de Corta Duración no son pagaderos el mismo día.

D. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN DE CORTA DURACIÓN: Aflac pagará \$100 cuando una Persona Cubierta recibe tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión cubierta en un Hospital, incluyendo una sala de observación o un Centro Quirúrgico Ambulatorio, por un período menor de 23 horas y se incurre en un cargo por dicho tratamiento. Este beneficio no es pagadero por el tratamiento recibido en la Sala de Emergencias del Hospital o un Centro de Cuidado Urgente. Este beneficio es pagadero dos veces por Año Calendario, por póliza. No hay límite máximo de por vida.

El Beneficio por Hospitalización de Corta Duración y el Beneficio de Sala de Emergencias del Hospital no son pagaderos el mismo día.

E. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA: Mediante notificación por escrito, Aflac cederá de mes a mes, cualquier prima(s) que venza(n) durante un Período de Hospitalización continuo, para el Asegurado Nombrado solamente. Este beneficio comenzará después que el Período de Hospitalización para el Asegurado Nombrado haya excedido 30 días consecutivos. Cuando haya terminado dicho Período de Hospitalización continuo, los pagos de la prima deben reanudarse. Una vez que se reanuden los pagos de la prima, cualquier Período de Hospitalización nuevo deberá cumplir otra vez los 30 días de hospitalización continua para la cesión del derecho a las primas.

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

(4) Beneficios Opcionales:

CLÁUSULA ADICIONAL PARA BENEFICIOS EXTENDIDOS: (SERIE B40050) Solicitada: Sí No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra mientras la cobertura esté vigente, sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes, Limitaciones y Exclusiones, y todas las otras disposiciones de la póliza, a menos que se indique lo contrario. El término "Hospitalización" no incluye salas de emergencias. La hospitalización o tratamiento en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere de un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

A. BENEFICIO POR VISITA AL MÉDICO: Aflac pagará \$25 cuando una Persona Cubierta incurra en un cargo por una visita (incluyendo la Visita de Telemedicina) al Médico, Psicólogo o un Centro de Cuidado Urgente. Los servicios deben estar bajo la supervisión de un Médico o Psicólogo. Si el Tipo de Cobertura para la póliza es Individual, el beneficio está limitado a tres visitas por Año Calendario, por póliza. Si el Tipo de Cobertura es Asegurado Nombrado/Cónyuge Solamente, Familia con Un Sólo Padre o Familia con Ambos Padres, el beneficio está limitado a un total de seis visitas por Año Calendario, por póliza. No hay límite máximo de por vida.

No se requiere la Enfermedad o Lesión de una Persona Cubierta para que el Beneficio por Visita al Médico sea pagadero. Este beneficio no está sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes o la sección de Limitaciones y Exclusiones de la póliza. No hay límite máximo de por vida.

B. BENEFICIO POR PRUEBA DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍA: Aflac pagará \$35 cuando una Persona Cubierta requiera e incurra en un cargo por, una prueba de laboratorio o una Radiografía. La prueba de laboratorio o Radiografía debe llevarse a cabo en un Hospital, Centro de Imágenes y Diagnóstico Médico, el consultorio de un Médico, Centro de Cuidado Urgente o un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio está limitado a dos pagos por Persona Cubierta, por Año Calendario. **El Beneficio por Prueba de Laboratorio y Radiografía no es pagadero para los exámenes listados en el Beneficio por Diagnóstico Médico y Exámenes de Imagen.** No hay límite máximo de por vida.

No se requiere la Enfermedad o Lesión de una Persona Cubierta para que el Beneficio por Prueba de Laboratorio y Radiografía sea pagadero. Este beneficio no está sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes o la sección de Limitaciones y Exclusiones de la póliza. No hay límite máximo de por vida.

C. BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO MÉDICO Y EXÁMENES DE IMAGEN: Aflac pagará \$150 cuando una Persona Cubierta requiera e incurra en un cargo por, uno de los siguientes exámenes: tomografía axial computarizada (*CT* o *CAT scan*), imagen de resonancia magnética (*MRI*), electroencefalograma (*EEG*), Estudio del Sueño, pruebas de esfuerzo con talio, mielografía, angiografía o arteriografía. Estos exámenes deben llevarse a cabo en un Hospital, Centro de Imágenes y Diagnóstico Médico, el consultorio de un Médico, Centro del Sueño, un Centro de Cuidado Urgente o un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio está limitado a dos pagos por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

D. BENEFICIO DE AMBULANCIA: Aflac pagará \$200 si, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta, una Persona Cubierta requiere e incurre en un cargo por, transporte en ambulancia terrestre hacia o desde un Hospital. Si, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta, una Persona Cubierta requiere e incurre en un cargo por, transporte en ambulancia aérea hacia o desde un Hospital, Aflac pagará \$2,000. Una compañía profesional de ambulancias autorizada debe proporcionar el servicio de ambulancia. El Beneficio de Ambulancia está limitado a dos viajes por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

CLÁUSULA ADICIONAL POR ESTADÍA EN UN HOSPITAL Y CUIDADO DE CIRUGÍA: (SERIE B40051)
Solicitada Sí No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra mientras la cobertura esté vigente, sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes, Limitaciones y Exclusiones y todas las otras disposiciones de la póliza, a menos que se

indique lo contrario. El término "Hospitalización" no incluye salas de emergencias. La hospitalización o tratamiento en un Hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere de un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

A. BENEFICIO POR ASISTENCIA INICIAL: Aflac pagará \$100 cuando una Persona Cubierta requiera una Admisión al Hospital. Este beneficio es pagadero una vez por Año Calendario, por cláusula adicional. No hay límite máximo de por vida. Este beneficio no está sujeto a las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes o la sección de Limitaciones y Exclusiones de la póliza. **El pago de este beneficio será basado exclusivamente en una Admisión al Hospital de una Persona Cubierta, como se define en la cláusula adicional. Cualquiera de los beneficios adicionales que se deban como resultado de una Admisión al Hospital permanecerán sujetos a los términos de la póliza, incluyendo cualquiera de las limitaciones y/o exclusiones.**

B. BENEFICIO POR CIRUGÍA: Aflac pagará de acuerdo a los beneficios en el Cuadro de Operaciones en la cláusula adicional cuando, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta, una Persona Cubierta tenga un procedimiento quirúrgico, incluyendo un parto vaginal o por cesárea, que se lleve a cabo en un Hospital o un Centro Quirúrgico Ambulatorio y se incurra en un cargo por dicho procedimiento quirúrgico. Si se realiza cualquier procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la Enfermedad o Lesión cubierta distinto a los que aparecen en la lista, Aflac pagará una cantidad comparable a la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones para el procedimiento quirúrgico similar más cercano en severidad y gravedad. **El Beneficio por Cirugía es pagadero solamente una vez por un período de 24 horas, aunque se pueda llevar a cabo más de un procedimiento quirúrgico. Se pagará el beneficio más alto que califique. Los exámenes cubiertos bajo el Beneficio de Exámenes Invasivos para Diagnóstico no son pagaderos bajo este beneficio. El Beneficio por Cirugía y el Beneficio de Exámenes Invasivos para Diagnóstico no son pagaderos el mismo día. Se pagará el beneficio más alto que califique. No hay límite máximo de por vida.**

IMPORTANTE: El Beneficio por Cirugía no es pagadero por procedimientos quirúrgicos que se lleven a cabo en un consultorio de un Médico o dentista, una clínica u otro lugar semejante.

C. BENEFICIO DE EXÁMENES INVASIVOS PARA DIAGNÓSTICO: Aflac pagará \$100 cuando una Persona Cubierta requiera uno de los siguientes exámenes, con o sin biopsia, y se incurra en un cargo: artroscopia, broncoscopia, colonoscopia, cistoscopia, endoscopia, gastroscopia, laparoscopia, laringoscopia, sigmoidoscopia

o esofagoscopia. Estos exámenes deben llevarse a cabo en un Hospital o un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio está limitado a un examen por Persona Cubierta, por un período de 24 horas. No hay límite máximo de por vida.

El Beneficio de Exámenes Invasivos para Diagnóstico y el Beneficio por Cirugía no son pagaderos el mismo día. Se pagará el beneficio más alto que califique.

D. BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Aflac pagará \$500 por día cuando una Persona Cubierta incurra en un cargo por una habitación durante un Período de Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos debido a una Enfermedad o Lesión cubierta. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización y el Beneficio Diario por Hospitalización. El período máximo del beneficio para cualquier Período de Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos es de 30 días. No hay límite máximo de por vida.

E. BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN: Aflac pagará \$100 por día, durante el Período de Hospitalización cuando una Persona Cubierta requiera Hospitalización debido a una Enfermedad o Lesión cubierta e incurra en un cargo por una habitación. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Hospitalización. El período máximo del beneficio para cualquier Período de Hospitalización es de 365 días. No hay límite máximo de por vida.

F. BENEFICIO POR SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Aflac pagará \$50 cuando se incurra en un cargo por una segunda opinión quirúrgica de un Médico, con respecto a una cirugía debido a una Enfermedad o Lesión cubierta. Este beneficio es pagadero una vez por Año Calendario, por Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

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

A. Aflac no pagará beneficios por el cuidado o tratamiento que sea: (1) causado por una Condición de Salud Preexistente, a menos que comience después de 12 meses o más de la Fecha de Vigencia de la cobertura, o (2) recibido antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

B. Aflac no pagará beneficios por ninguna enfermedad, padecimiento, infección, trastorno o condición que sea médicamente evaluada, diagnosticada o tratada por un Médico antes de que la cobertura haya estado en vigor 30 días, a menos que la pérdida comience después de 12 meses o más de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

C. Los beneficios debido a una Enfermedad cubierta para todas las personas agregadas a la póliza (incluyendo a los

recién nacidos) están sujetos a un período de espera de 30 días. Aflac cederá el período de espera para los recién nacidos agregados después que la póliza haya estado en vigor durante diez meses completos.

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

E. Aflac no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo la cobertura. Si usted recibió beneficios que no eran contractualmente adeudados bajo la cobertura, entonces Aflac se reserva el derecho de compensar cualquiera de los beneficios pagaderos bajo la cobertura hasta completar la cantidad de beneficios que usted recibió que no eran contractualmente adeudados.

F. La póliza no cubre pérdidas causadas por o como resultado de:

1. Un parto dentro de los primeros diez meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura; o un embarazo existente antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura, incluyendo cualquiera de las Complicaciones del Embarazo que resulten o un procedimiento de intervención materno-fetal. Para embarazos que comienzan en o después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, las Complicaciones del Embarazo son cubiertas de la misma manera que una Enfermedad;
2. Recibir atención de enfermería rutinaria o cuidados rutinarios para la buena salud del bebé (*well-baby care*) para un recién nacido;
3. Usar cualquier droga, narcótico, alucinógeno o sustancia química (a menos que sea administrado por un Médico e ingerido según las indicaciones del Médico), o voluntariamente ingerir cualquier tipo de veneno o inhalar cualquier tipo de gas o vapores;
4. Participar en, o intentar participar en, una actividad ilegal que sea definida como un delito grave, si es condenado (“delito grave” se define por la ley de la jurisdicción en la cual sucede el hecho); o ser detenido en cualquier centro de detención o institución penal;
5. Estar intoxicado o bajo los efectos del alcohol, drogas, o cualquier narcótico, a menos que sean administrados por recomendación de un Médico e ingeridos según las indicaciones del Médico (el término “intoxicado” se refiere a aquella condición definida como tal por la ley de la jurisdicción en la cual se produjo la causa de la pérdida);

6. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente, o cometer o intentar suicidio, estando cuerdo o demente;
7. Recibir tratamiento dental, excepto a consecuencia de una Lesión;
8. Someterse a una cirugía cosmética;
9. Someterse a una cirugía electiva dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura;
10. Estar expuesto a la guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no, o prestar servicio activo en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas, incluyendo la Guardia Nacional o la Reserva;
11. Participar activamente en un disturbio, rebelión o una actividad terrorista;
12. Donar un órgano dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura; o
13. Padecer de trastornos mentales o emocionales, incluyendo pero no limitado a los siguientes: trastorno afectivo bipolar (síndrome maníaco-depresivo), trastornos delirantes (paranoicos), trastornos psicóticos, trastornos somatoformes (enfermedades psicosomáticas), trastornos de alimentación, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, luto, depresión momentánea, depresión, estrés o depresión posparto. No obstante, la póliza pagará por pérdidas cubiertas resultantes de la enfermedad de Alzheimer o formas similares de senilidad o demencia senil, que se manifiesten por primera vez mientras la cobertura esté en vigor.

Una “Condición de Salud Preexistente” es una enfermedad, padecimiento, infección, trastorno, condición o lesión por la cual, durante el período de 12 meses previos a la Fecha de Vigencia de la cobertura, se tomaron medicamentos recetados o exámenes médicos, consejo, consulta o tratamiento fue recomendado o recibido, o cuyas condiciones existentes hubiesen causado generalmente que una persona prudente buscara diagnóstico, cuidado o tratamiento. El cuidado o tratamiento causado por una Condición de Salud Preexistente no será cubierto, a menos que comience después de 12 meses o más de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

Si la cobertura es un reemplazo de una cobertura similar, daremos crédito por el período de tiempo que la persona estuvo cubierta bajo la cobertura anterior, si la cobertura anterior estuvo en vigor continuamente hasta una fecha no mayor de 62 días antes de la Fecha de Vigencia de la nueva cobertura, al determinar las Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes, excluyendo cualquier período de espera correspondiente bajo la nueva cobertura.

(6) Renovación: La póliza tiene renovación garantizada de por vida mediante el pago puntual de las primas, según la tarifa establecida al inicio de cada período, excepto que podemos discontinuar o rescindir la póliza si usted ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha efectuado una tergiversación intencional del hecho material relacionado en

cualquier forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones por beneficios bajo la póliza. Aflac podrá cambiar la tarifa de la prima establecida, pero sólo si la tarifa se cambia en todas las pólizas con el mismo número de formulario y la clasificación de prima del estado en el cual la póliza fue vendida y está en vigor.

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

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

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

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

PERSONA CUBIERTA: Cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura que usted indicó en la solicitud: individual (asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/cónyuge solamente (asegurado nombrado y su cónyuge), familia con uno de los padres (asegurado nombrado e hijos dependientes), o familia con ambos padres (asegurado nombrado, cónyuge e hijos dependientes). Cónyuge se define como la persona con la cual se encuentra legalmente casado/a y quien se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos están cubiertos automáticamente por 30 días desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual o de asegurado nombrado/cónyuge solamente y usted desea cobertura ininterrumpida para un hijo recién nacido más allá de los primeros 30 días, deberá notificarlo por escrito a Aflac dentro de los 31 días de la fecha de nacimiento del hijo(a) que quiere cambiar su tipo de cobertura de familia con uno de los padres o a familia con ambos padres. Si se da aviso a tiempo, (1) Aflac no podrá cobrar prima adicional por la cobertura del recién nacido durante los primeros 30 días desde el momento del nacimiento y (2) 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 adeudada, si corresponde. Si la notificación se da dentro de los 60 días del nacimiento, Aflac no negará la cobertura para el niño debido a que no nos notificó a tiempo del nacimiento. La cobertura incluirá a cualquier otro hijo dependiente, sin importar la edad, quien no tiene la capacidad de tener un empleo para mantenerse a sí mismo por razones de incapacidad mental o física y que haya contraído dicha incapacidad antes de cumplir 26 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. Los hijos dependientes son sus hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, niños acogidos o niños en cuidado tutelar bajo conformidad de una orden judicial, menores de 26 años de edad. Todos los beneficios de seguro de salud que correspondan a los niños, deberán ser pagaderos con respecto a un niño acogido u otro niño bajo un mandato judicial u otra custodia de una persona cubierta, antes de que el niño cumpla 18 años de edad. Los hijos nacidos de sus hijos dependientes o los hijos nacidos de los hijos dependientes de su cónyuge no están cubiertos bajo la póliza.

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

HOSPITALIZACIÓN: La estadía de una persona cubierta, recluida en una cama de hospital durante 23 horas o más por la cual se realiza un cargo por habitación. La hospitalización debe ser recomendada por un médico y como resultado de una enfermedad o lesión cubierta. La hospitalización o tratamiento en un hospital del gobierno de los Estados Unidos no requiere de un cargo para que los beneficios sean pagaderos.

LESIÓN: Una lesión corporal causada directamente por un accidente, independiente de una enfermedad, padecimiento, dolencia física o cualquier otra causa. Una lesión debe ocurrir en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor para que los beneficios sean pagaderos. Lea la sección de Limitaciones y Exclusiones para ver las lesiones no cubiertas por la póliza.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: El número de días que una persona cubierta esté asignada a una habitación en un hospital e incurra en un cargo. Las hospitalizaciones deben comenzar mientras la cobertura bajo la póliza esté en vigor. La hospitalización que comience antes del final de un año calendario y continúe en el siguiente año calendario, será considerada como una sola hospitalización.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: El número de días que una persona cubierta esté asignada e incurra en un cargo por una habitación en una unidad de cuidados intensivos en un hospital. Las hospitalizaciones deben comenzar mientras la cobertura bajo la cláusula adicional esté en vigor. La hospitalización que comience antes del final de un año calendario y continúe en el siguiente año calendario, será considerada como una sola hospitalización.

ENFERMEDAD: Una afección, padecimiento, infección, trastorno o condición no causada por una lesión, evaluada médicamente, diagnosticada o tratada por un médico más de 30 días después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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

El término unidad de cuidados intensivos en un hospital no incluye unidades tales como salas de telemetría o de recuperación posoperatoria, unidades de cuidado posanestésico, unidades de cuidado progresivo, unidades de cuidados intermedios, habitaciones privadas de monitorización, unidades de observación ubicadas en salas de emergencias o unidades quirúrgicas para pacientes ambulatorios, unidades de cuidados intensivos intermedios (*step-down intensive care units*), ni otros centros que no reúnan los criterios de una unidad de cuidados intensivos en un hospital.

El término sala de emergencias del hospital no incluye los centros de cuidado urgente.

El término centro de rehabilitación no incluye una unidad de cuidados para enfermos terminales, incluyendo: cualquier cama designada como una para cuidado de enfermos terminales o una cama para atención poshospitalaria (*swing bed*); un hogar de convalecencia; un centro de reposo o enfermería; una unidad de psiquiatría; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; o un centro que principalmente provea cuidados de compañía o educativos, o tratamientos para las personas que padecen de enfermedades o trastornos mentales, cuidado para los ancianos o cuidado para las personas adictas a las drogas o el alcohol.

El término centro de cuidado urgente no incluye las salas de emergencias del hospital.

Las admisiones en la sala de emergencias de un hospital, admisiones por procedimientos quirúrgicos realizados el mismo día o admisiones por observación no son consideradas una admisión al hospital.

Un médico o psicólogo no es usted o un miembro de su familia inmediata.

La póliza no cubre pérdidas causadas por o como resultado de un parto dentro de los primeros diez meses de la fecha de vigencia de la cobertura; o un embarazo existente antes de la fecha de vigencia de la cobertura, incluyendo cualquiera de las complicaciones del embarazo que resulten o un procedimiento de intervención maternofetal. Para embarazos que comienzan en o después de la fecha de vigencia de la cobertura, las complicaciones del embarazo serán cubiertas de la misma manera que una enfermedad. Las complicaciones del embarazo no

incluyen ninguno de los siguientes: parto prematuro, embarazo múltiple, parto falso, hemorragia uterina ocasional, reposo prescrito durante el embarazo, náuseas matutinas y condiciones similares asociadas con el tratamiento de un embarazo difícil sin constituir una complicación del embarazo claramente clasificable. Los partos por cesárea no se consideran complicaciones del embarazo. Para embarazos que comienzan en o después de la fecha de vigencia de la cobertura, las complicaciones del embarazo serán cubiertas de la misma manera que una enfermedad, sujeto a las Limitaciones y Exclusiones.

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 || 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)

En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

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

