

## AFLAC ACCIDENT ADVANTAGE – OPCIÓN 4 RESUMEN DE BENEFICIOS

NOMBRE DEL BENEFICIO	CANTIDAD DEL BENEFICIO																										
<b>BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN INICIAL DEBIDO A UN ACCIDENTE</b>	\$1,500 cuando es ingresado para una hospitalización de por lo menos 18 horas o \$2,500 cuando es ingresado directamente a una unidad de cuidados intensivos en un hospital debido a un accidente cubierto, por año calendario, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A UN ACCIDENTE</b>	\$165 por día, por hasta 365 días por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	\$800 por día, por hasta 15 días, por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO POR TRATAMIENTO DEBIDO A UN ACCIDENTE</b>	Pagadero una vez por cada período de 24 horas, y una sola vez por accidente cubierto, por persona cubierta Sala de emergencias del hospital con radiografía: \$220 Sala de emergencias del hospital sin radiografía: \$170 Consultorio o instalación (además de una sala de emergencias del hospital) con radiografía: \$170 Consultorio o instalación (además de una sala de emergencias del hospital) sin radiografía: \$120																										
<b>BENEFICIO DE AMBULANCIA</b>	\$250 por transporte en ambulancia terrestre o \$1,875 por transporte en ambulancia aérea																										
<b>BENEFICIO DE SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS</b>	\$300 pagadero una vez por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO POR EXÁMENES PRINCIPALES DE DIAGNÓSTICO E IMAGEN</b>	\$250 por año calendario, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO POR TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO DEBIDO A UN ACCIDENTE</b>	\$50 por un tratamiento por día (hasta un máximo de 6 tratamientos), por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO DE TERAPIA</b>	\$50 por un tratamiento por día (hasta un máximo de 10 tratamientos), por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO DE APARATOS MÉDICOS</b>	Los beneficios son pagaderos por los aparatos médicos indicados a continuación: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Aparato ortopédico para la espalda: \$350</td> <td>Silla de ruedas: \$350</td> <td>Andador: \$120</td> </tr> <tr> <td>Corsé torácico: \$350</td> <td>Aparato ortopédico para la pierna: \$150</td> <td>Bota ortopédica: \$120</td> </tr> <tr> <td>Andador de rodilla: \$350</td> <td>Muletas: \$120</td> <td>Bastón: \$25</td> </tr> </table> Pagadero una vez por accidente cubierto, por persona cubierta	Aparato ortopédico para la espalda: \$350	Silla de ruedas: \$350	Andador: \$120	Corsé torácico: \$350	Aparato ortopédico para la pierna: \$150	Bota ortopédica: \$120	Andador de rodilla: \$350	Muletas: \$120	Bastón: \$25																	
Aparato ortopédico para la espalda: \$350	Silla de ruedas: \$350	Andador: \$120																									
Corsé torácico: \$350	Aparato ortopédico para la pierna: \$150	Bota ortopédica: \$120																									
Andador de rodilla: \$350	Muletas: \$120	Bastón: \$25																									
<b>BENEFICIO DE PRÓTESIS</b>	\$1,000 una vez por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO DE REPARACIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS</b>	\$1,000 una vez por persona cubierta, de por vida																										
<b>BENEFICIO DE CENTRO DE REHABILITACIÓN</b>	\$200 por día																										
<b>BENEFICIO PARA LA MODIFICACIÓN DEL HOGAR</b>	\$4,000 una vez por accidente cubierto, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIOS DE SUMAS ESPECÍFICAS POR LESIONES DEBIDO A UN ACCIDENTE</b>	Paga beneficios por los tratamientos indicados a continuación: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><b>LUXACIONES</b> .....\$120–\$4,500</td> <td><b>SERVICIO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA</b></td> </tr> <tr> <td><b>QUEMADURAS</b> .....\$135–\$13,000</td> <td>Rotura de diente reparada con corona ..... \$500</td> </tr> <tr> <td><b>INJERTOS DE PIEL</b> ..... 50% de la cantidad del beneficio por quemaduras que hayamos pagado por dicha quemadura</td> <td>Rotura de diente que requiere extracción .....\$160</td> </tr> <tr> <td><b>LESIONES OCULARES</b></td> <td><b>PARÁLISIS</b></td> </tr> <tr> <td>Reparación quirúrgica .....\$350</td> <td>Tetraplejía .....\$12,500</td> </tr> <tr> <td>Extracción de cuerpo extraño por un médico .....\$75</td> <td>Paraplejía .....\$6,250</td> </tr> <tr> <td><b>LACERACIONES</b></td> <td>Hemiplejía .....\$4,750</td> </tr> <tr> <td>Que no requieran suturas .....\$40</td> <td><b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> ....\$250–\$1,500</td> </tr> <tr> <td>De menos de 5 centímetros .....\$90</td> <td><b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MISCELÁNEAS</b> .....\$140–\$350</td> </tr> <tr> <td>De por lo menos 5 cm, pero no más de 15 cm...\$300</td> <td><b>TRATAMIENTO DEL DOLOR (NO QUIRÚRGICO)</b></td> </tr> <tr> <td>De más de 15 centímetros.....\$600</td> <td>Epidural .....\$100</td> </tr> <tr> <td><b>FRACTURAS</b> .....\$150–\$4,000</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>CONMOCIÓN (cerebral)</b> .....\$150</td> <td></td> </tr> </table>	<b>LUXACIONES</b> .....\$120–\$4,500	<b>SERVICIO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA</b>	<b>QUEMADURAS</b> .....\$135–\$13,000	Rotura de diente reparada con corona ..... \$500	<b>INJERTOS DE PIEL</b> ..... 50% de la cantidad del beneficio por quemaduras que hayamos pagado por dicha quemadura	Rotura de diente que requiere extracción .....\$160	<b>LESIONES OCULARES</b>	<b>PARÁLISIS</b>	Reparación quirúrgica .....\$350	Tetraplejía .....\$12,500	Extracción de cuerpo extraño por un médico .....\$75	Paraplejía .....\$6,250	<b>LACERACIONES</b>	Hemiplejía .....\$4,750	Que no requieran suturas .....\$40	<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> ....\$250–\$1,500	De menos de 5 centímetros .....\$90	<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MISCELÁNEAS</b> .....\$140–\$350	De por lo menos 5 cm, pero no más de 15 cm...\$300	<b>TRATAMIENTO DEL DOLOR (NO QUIRÚRGICO)</b>	De más de 15 centímetros.....\$600	Epidural .....\$100	<b>FRACTURAS</b> .....\$150–\$4,000		<b>CONMOCIÓN (cerebral)</b> .....\$150	
<b>LUXACIONES</b> .....\$120–\$4,500	<b>SERVICIO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA</b>																										
<b>QUEMADURAS</b> .....\$135–\$13,000	Rotura de diente reparada con corona ..... \$500																										
<b>INJERTOS DE PIEL</b> ..... 50% de la cantidad del beneficio por quemaduras que hayamos pagado por dicha quemadura	Rotura de diente que requiere extracción .....\$160																										
<b>LESIONES OCULARES</b>	<b>PARÁLISIS</b>																										
Reparación quirúrgica .....\$350	Tetraplejía .....\$12,500																										
Extracción de cuerpo extraño por un médico .....\$75	Paraplejía .....\$6,250																										
<b>LACERACIONES</b>	Hemiplejía .....\$4,750																										
Que no requieran suturas .....\$40	<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b> ....\$250–\$1,500																										
De menos de 5 centímetros .....\$90	<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MISCELÁNEAS</b> .....\$140–\$350																										
De por lo menos 5 cm, pero no más de 15 cm...\$300	<b>TRATAMIENTO DEL DOLOR (NO QUIRÚRGICO)</b>																										
De más de 15 centímetros.....\$600	Epidural .....\$100																										
<b>FRACTURAS</b> .....\$150–\$4,000																											
<b>CONMOCIÓN (cerebral)</b> .....\$150																											
<b>BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>Accidente en Vehículos de Transporte Común</td> <td>Otro Accidente</td> </tr> <tr> <td>ASEGURADO</td> <td>\$200,000</td> <td>\$50,000</td> </tr> <tr> <td>CÓNYUGE</td> <td>\$200,000</td> <td>\$50,000</td> </tr> <tr> <td>HIJO</td> <td>\$30,000</td> <td>\$15,000</td> </tr> </table>		Accidente en Vehículos de Transporte Común	Otro Accidente	ASEGURADO	\$200,000	\$50,000	CÓNYUGE	\$200,000	\$50,000	HIJO	\$30,000	\$15,000														
	Accidente en Vehículos de Transporte Común	Otro Accidente																									
ASEGURADO	\$200,000	\$50,000																									
CÓNYUGE	\$200,000	\$50,000																									
HIJO	\$30,000	\$15,000																									
<b>BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL</b>	\$300–\$50,000																										
<b>BENEFICIO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA</b>	Se ceden todas las primas mensuales por hasta dos meses, si se cumple con las condiciones																										
<b>BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA</b>	Sí																										
<b>BENEFICIO DE TRANSPORTE</b>	\$700 por viaje de ida y vuelta, por hasta 3 viajes de ida y vuelta por año calendario, por persona cubierta																										
<b>BENEFICIO DE ALOJAMIENTO PARA LA FAMILIA</b>	\$150 por noche, por hasta 30 días por accidente cubierto																										