

SEGURO DE GRUPO PARA ENFERMEDAD GRAVE DE AFLAC

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

CÁNCER (interno o invasivo)	100 %
ATAQUE CARDÍACO (infarto de miocardio)	100 %
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (isquémico o hemorrágico)	100 %
TRASPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL DE BENEFICIO LIMITADO (25 % de este beneficio es pagadero para los asegurados que están en lista de espera para un trasplante de órgano principal de beneficio limitado)	100 %
INSUFICIENCIA RENAL (insuficiencia renal en etapa terminal)	100 %
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (trasplante de células madre)	100 %
PARO CARDÍACO SÚBITO	100 %
QUEMADURA GRAVE*	100 %
PARÁLISIS DE BENEFICIO LIMITADO**	100 %
COMA DE BENEFICIO LIMITADO**	100 %
PÉRDIDA DEL HABLA/LA VISTA/LA AUDICIÓN DE BENEFICIO LIMITADO**	100 %
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS	50 %
CÁNCER NO INVASIVO	50 %

TODAS LAS CLÁUSULAS ADICIONALES INCLUIDAS EN EL PLAN DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA:

CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIOS OPCIONALES

TUMOR CEREBRAL BENIGNO DE BENEFICIO LIMITADO	100 %
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA	50 %
ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA	50 %

Los beneficios se basarán en el monto nominal vigente a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave. Pagaremos el beneficio adicional si el asegurado es diagnosticado con una de las enfermedades enumeradas en el cuadro de cláusula adicional si la fecha del diagnóstico es mientras la cláusula adicional está en vigencia.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONDICIONES DE NIÑEZ

FIBROSIS QUÍSTICA	100 %
PARÁLISIS CEREBRAL	100 %
LABIO LEPORINO O PALADAR LEPORINO	100 %
SÍNDROME DE DOWN	100 %
ENFERMEDAD DE DEFICIENCIA DE FENILALANINA HIDROXILASA (FENILCETONURIA, PKU)	100 %
ESPINA BÍFIDA	100 %
DIABETES TIPO 1	100 %

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Monto del beneficio por única vez
\$3,000

Los beneficios son pagaderos si a un hijo a cargo se le diagnostica una de las afecciones enumeradas.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pagaremos un beneficio de suma global en el momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta cuando dichos diagnósticos se deban o se atribuyan únicamente a una enfermedad subyacente. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación del diagnóstico de cáncer. Los beneficios se basarán en el monto nominal vigente a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave.

DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Pagaremos los beneficios por cada enfermedad grave diferente después de la primera, cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos 1 mes. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación del diagnóstico de cáncer.

NUEVA INCIDENCIA

Pagaremos los beneficios por la misma enfermedad grave después de la primera, cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos seis meses consecutivos. Los diagnósticos de cáncer están sujetos a la limitación del diagnóstico de cáncer.

COBERTURA PARA HIJOS SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente se encuentra cubierto al 50 % de la cantidad del beneficio del asegurado principal sin cargo adicional. La cobertura solamente para hijos no está disponible.

BENEFICIO POR CÁNCER DE PIEL

Pagaremos \$250 por el diagnóstico de cáncer de piel. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

BENEFICIO DE MAMOGRAFÍA

Pagaremos \$200 por pruebas de mamografía realizadas mientras la cobertura del asegurado se encuentre en vigencia. Este beneficio se paga según se indica a continuación:

- a) Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años, inclusive.
- b) Una mamografía para mujeres de entre 40 y 49 años, inclusive, cada dos años o con mayor frecuencia sobre la base de las recomendaciones del médico a las mujeres.
- c) Una mamografía por año para mujeres de 50 años o más.

El pago de este beneficio no reducirá el monto nominal del certificado. Este beneficio es pagadero una vez por año calendario.

BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

Si la cobertura del cónyuge está vigente al momento de la muerte del asegurado principal, el cónyuge sobreviviente puede optar por continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el monto nominal del cónyuge existente y también incluiría toda cobertura de hijos dependientes vigente en ese momento.

BENEFICIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Pagaremos \$100 por evaluaciones médicas preventivas realizadas mientras la cobertura del asegurado se encuentre en vigencia. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.

Este beneficio solo es pagadero en el caso de las evaluaciones médicas preventivas realizadas como consecuencia del cuidado preventivo, incluidos pruebas y procedimientos de diagnóstico indicados en relación con exámenes de rutina.

*Este beneficio solo es pagadero por una quemadura debido a, causada por, y atribuida a un accidente cubierto.

**Estos beneficios son pagaderos por la pérdida debido a una enfermedad subyacente cubierta o un accidente cubierto.

El plan tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Este folleto es solamente para fines ilustrativos. Consulte su certificado para obtener detalles completos, definiciones, limitaciones y exclusiones.

EMPLEADO/TARIFAS MENSUALES

Edades	\$10,000	\$30,000
18-25	\$4.87	\$9.46
26-30	\$5.84	\$12.35
31-35	\$6.51	\$14.37
36-40	\$8.01	\$18.86
41-45	\$9.66	\$23.81
46-50	\$10.19	\$25.41
51-55	\$16.86	\$45.43
56-60	\$15.91	\$42.57
61-65	\$26.17	\$73.34
66-70	\$54.36	\$157.93
71 años o más	\$54.36	\$157.93

CÓNYUGE/TARIFAS MENSUALES

Edades	\$10,000	\$30,000
18-25	\$4.87	\$9.46
26-30	\$5.84	\$12.35
31-35	\$6.51	\$14.37
36-40	\$8.01	\$18.86
41-45	\$9.66	\$23.81
46-50	\$10.19	\$25.41
51-55	\$16.86	\$45.43
56-60	\$15.91	\$42.57
61-65	\$26.17	\$73.34
66-70	\$54.36	\$157.93
71 años o más	\$54.36	\$157.93

Debido a que el plan se divide por edades, el costo mensual para usted y su cónyuge puede variar, dependiendo de la edad de cada uno. Sume el costo de la cobertura para usted y su cónyuge para determinar la prima mensual total.

La cobertura para los hijos a cargo es gratuita cuando usted se inscribe en la cobertura.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El plan se divide por edades. Eso significa que las tarifas pueden aumentar en la fecha del aniversario de la póliza.

Todas las limitaciones y exclusiones que se aplican al plan también se aplican a las cláusulas adicionales, a menos que estas las modifiquen.

Limitación de diagnóstico de cáncer Los beneficios son pagaderos por cáncer o cáncer no invasivo siempre y cuando el asegurado:

- No esté cursando un tratamiento contra el cáncer durante al menos 12 meses antes de la fecha de diagnóstico.
- Esté en remisión completa antes de la fecha de un diagnóstico posterior, como lo demuestra la ausencia de todas las pruebas clínicas, radiológicas, biológicas y bioquímicas de la presencia del cáncer.

EXCLUSIONES

No pagaremos por una pérdida que se deba a:

- **Lesiones autoinfligidas:** lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente, o realizar una acción que le cause lesiones.
- **Suicidio:** suicidarse o intentar suicidarse mientras estaba en su sano juicio o demente.
- **Ocupación ilegal:** cometer o intentar cometer un delito o participar en una ocupación ilegal.
- **Participar en conflicto agresivo de cualquier tipo, incluso:**
 - Guerra (declarada o no) o conflictos militares.
 - Insurrección o disturbio
- **Intoxicantes y sustancias controladas:** pérdida sufrida o contraída como consecuencia de que el asegurado está intoxicado o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, a menos que se haya administrado según el asesoramiento de un médico.

El diagnóstico, el tratamiento, las pruebas y la hospitalización deben realizarse en Estados Unidos o sus territorios.

Todos los beneficios en virtud del plan, incluidos los beneficios para diagnósticos, tratamientos, hospitalización y pruebas cubiertos, se pagan solo mientras la cobertura esté en vigencia.

PUEDA CONTINUAR SU COBERTURA

Puede continuarse la cobertura con ciertas estipulaciones. Consulte el certificado para obtener más detalles.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro finalizará en la fecha de terminación del plan, el día 31.º posterior a la fecha de vencimiento de la prima si no se ha pagado la prima, o en la fecha en que usted ya no sea miembro de una clase que califica. Si su cobertura finaliza, proporcionaremos beneficios para reclamaciones válidas que hayan surgido mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para obtener más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura ha de reemplazar alguna póliza individual existente, tenga en cuenta que tal vez lo más conveniente para usted sea mantener su póliza de renovación garantizada individual.

La cobertura de Aflac descrita en este folleto está sujeta a las limitaciones, exclusiones, definiciones y disposiciones del plan. Para obtener información detallada, consulte el certificado del plan o el catálogo que puede encontrar en ucplus.com, ya que este folleto tiene como fin brindar un resumen general de la cobertura. Este folleto se encuentra sujeto a los términos, las condiciones y las limitaciones del plan.

Continental American Insurance Company (CAIC), un miembro orgulloso de la familia de aseguradores Aflac, es una subsidiaria de propiedad absoluta de Aflac Incorporated y suscribe coberturas de grupo. Continental American Insurance Company (CAIC) no está autorizada para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en las Islas Vírgenes. Para grupos que se encuentren en California, las coberturas de grupo están suscrita por Continental American Life Insurance Company.

Continental American Insurance Company, Columbia, Carolina del Sur

Notificación para el consumidor: Las coberturas que Continental American Insurance Company proporciona representan beneficios suplementarios únicamente. No constituyen una cobertura de seguro médico integral y no cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima en virtud de la Ley de Cuidado de Bajo Costo (Affordable Care Act, ACA). La cobertura de CAIC no pretende reemplazar ni emitirse en lugar de una cobertura de gastos médicos mayores. Está diseñada para complementar una cobertura de gastos médicos mayores.