

SEGURO DE GRUPO PARA INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

MONTO DEL BENEFICIO

BENEFICIO DE ADMISIÓN AL HOSPITAL por hospitalización (una vez por enfermedad o accidente cubierto por año calendario para cada asegurado)

Se paga cuando un asegurado es admitido en un hospital y está internado como paciente hospitalizado debido a una lesión accidental cubierta o una enfermedad cubierta. No pagaremos beneficios por hospitalización en una unidad de observación, ni por tratamiento en sala de emergencia ni tratamiento ambulatorio.

\$1,000

Pagaremos este beneficio únicamente si recibimos prueba de la pérdida que documente la admisión. Luego del nacimiento, los recién nacidos generalmente no son admitidos en el hospital, pero pagaremos todos los beneficios correspondientes a recién nacidos por pérdida debido a una lesión por accidente cubierto o una enfermedad cubierta (incluidos los defectos congénitos, anomalías congénitas o nacimiento prematuro).

HOSPITALIZACIÓN por día (máximo de 31 días por hospitalización por cada enfermedad o accidente cubierto por cada asegurado)

Se paga por cada día que un asegurado esté internado en un hospital como paciente hospitalizado como resultado de una lesión accidental cubierta o una enfermedad cubierta. Si pagamos beneficios por hospitalización y el asegurado se interna nuevamente en el término de seis meses debido a la misma condición de salud o a una relacionada, trataremos esta hospitalización como el mismo período de hospitalización. Este beneficio es pagadero solo para una hospitalización por vez, incluso si es causada por más de una lesión accidental cubierta, por más de una enfermedad cubierta, o por una lesión accidental cubierta y una enfermedad cubierta.

\$200

BENEFICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL por día (máximo de 10 días por hospitalización por cada enfermedad o accidente cubiertos por cada asegurado)

Se paga por cada día cuando un asegurado está hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital debido a una lesión accidental cubierta o una enfermedad cubierta. Pagaremos beneficios por solo una hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital por vez. Una vez que pagamos beneficios, si un asegurado se hospitaliza nuevamente en una Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital en el término de seis meses a raíz de la misma condición de salud o a una relacionada, trataremos esta hospitalización como el mismo período de hospitalización.

\$200

Este beneficio es pagadero adicional al Beneficio por Hospitalización.

UNIDAD INTERMEDIA DE CUIDADOS INTENSIVOS por día (máximo de 10 días por hospitalización por cada enfermedad o accidente cubierto por cada asegurado)

Se paga por cada día cuando un asegurado está hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Intermedia debido a una lesión accidental cubierta o una enfermedad cubierta. Pagaremos beneficios por solo una hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Intermedia por vez.

\$100

Una vez que pagamos beneficios, si un asegurado se hospitaliza nuevamente en una Unidad de Cuidados Intensivos Intermedia en el término de seis meses a raíz de la misma condición de salud o a una relacionada, trataremos esta hospitalización como el mismo período de hospitalización.

Este beneficio es pagadero adicional al Beneficio por Hospitalización.

BENEFICIO DE MAMOGRAFÍA (una vez por año calendario)

Pagaremos la cantidad que se indica en el Cuadro de Beneficios por las evaluaciones de mamografía realizadas mientras la cobertura de un Asegurado se encuentra en vigencia. Este beneficio se paga según se indica a continuación: Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años de edad, inclusive; una mamografía para mujeres de entre 40 y 49 años de edad, inclusive, cada dos años o con mayor frecuencia según la recomendación del Médico/Profesional Médico Calificado de la Asegurada; una mamografía por año para mujeres de 50 años de edad o más.

\$100

Este beneficio está limitado al máximo que se indica en el Cuadro de Beneficios. Pagaremos este beneficio independientemente de los resultados de la prueba.

BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

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

Para recibir beneficios por las lesiones accidentales sufridas en un accidente cubierto, un asegurado debe ser admitido en el término de seis meses posteriores a la fecha del accidente cubierto.

COBERTURA	TARIFAS MENSUALES
Empleado	\$16.19
Empleado y cónyuge	\$32.52
Empleado e hijos a cargo	\$26.17
Familia	\$42.50

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

EXCLUSIONES

No pagaremos por una pérdida que se deba a:

- Guerra: participar voluntariamente en guerras, en cualquier acto de guerra o conflicto militar, declarado o no; o participar o servir voluntariamente en las fuerzas armadas o grupos auxiliares de estas de cualquier país o autoridad internacional o celebrar contratos con estos. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado cuando el asegurado se encuentra en dicho servicio). Guerra también incluye participar voluntariamente en una insurrección o un disturbio.
- Suicidio: suicidarse o intentar suicidarse, mientras la persona estaba en su sano juicio o demente.
- Lesiones autoinfligidas: lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
- Participar en carreras: conducir o estar a bordo de cualquier vehículo a motor en una carrera, espectáculo de acrobacias o prueba de velocidad, de forma profesional o semiprofesional.
- Ocupación ilegal: participar voluntariamente, cometer o intentar cometer un delito grave, trabajar voluntariamente o participar en una ocupación o trabajo ilegal.
- Deportes: participar en cualquier deporte organizado de manera profesional.
- Cuidado Tutelar: se trata de un cuidado no médico que ayuda a las personas con las tareas básicas de la vida cotidiana, la preparación de dietas especiales y la autoadministración de medicamentos que no requiere la atención constante del personal médico.
- Servicios o tratamientos dentales.
- Cirugía Cosmética, excepto cuando se deba a lo siguiente:
 - Cirugía reparadora, cuando el servicio está relacionado o sigue a una cirugía que resulta de una Lesión Accidental Cubierta o una Enfermedad Cubierta, o cuando se realiza para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.
 - Cirugía reparadora, cuando el servicio está relacionado o sigue a una mastectomía o disección de ganglios linfáticos. Esto incluye la cirugía para restaurar y lograr la simetría para el paciente incidental a una mastectomía.

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), 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

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.

Notificación para el consumidor: Las coberturas que Continental American Life Insurance Company (CALIC) 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.