

Group Critical Illness Seguro

Puede contar con Aflac para ayudar a aliviar el impacto económico que pueden surgir en el transcurso de una enfermedad grave.



**En California, la cobertura está suscrita por
Continental American Life Insurance Company**

AGD22CA GP-48785.PLAN-308114BESP 05/28/2024 1 EXP 05/25

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:	Porcentaje del Monto Nominal
CÁNCER (Interno o Invasivo)	100%
ATAQUE CARDÍACO (Infarto de Miocardio)	100%
DERRAME CEREBRAL (Isquémico o Hemorrágico)	100%
INSUFICIENCIA RENAL (Insuficiencia Renal en Etapa Final)	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (Trasplante de Células Madre)	100%
PARO CARDÍACO SÚBITO	100%
BENEFICIO LIMITADO POR TRASPLANTE DE ÓRGANO PRINCIPAL (25% de este beneficio es pagadero para los asegurados colocados en una lista para trasplantes de órgano principal)	100%
BENEFICIO LIMITADO POR COMA	100%
BENEFICIO LIMITADO POR PARÁLISIS	100%
BENEFICIO LIMITADO POR PÉRDIDA DE LA VISTA	100%
BENEFICIO LIMITADO POR PÉRDIDA DEL OÍDO	100%
BENEFICIO LIMITADO POR PÉRDIDA DEL HABLA	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
DIABETES TIPO I	100%
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS	100%
CÁNCER NO INVASIVO	25%
CÁNCER METASTÁSICO	25%
DIABETES TIPO II	10%
BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO INICIAL Pagaremos un beneficio de suma global al momento del diagnóstico inicial de una enfermedad grave cubierta, cuando dicho diagnóstico fuera ocasionado por una enfermedad subyacente.	
BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO ADICIONAL Pagaremos beneficios por cada enfermedad grave que sea diferente a la primera.	
BENEFICIO POR RECURRENCIA Pagaremos beneficios por la misma enfermedad grave después de la primera, cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos 3 meses consecutivos.	
BENEFICIO REDUCIDO DEL BENEFICIO PARA CÁNCER DE PIEL Pagaremos \$1,000 por el diagnóstico de cánceres de piel con beneficio limitado. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario.	
BENEFICIO POR ACCIDENTE Pagadero si un asegurado sufre un accidente cubierto y sufre cualquiera de lo siguiente, lo cual sea causado por accidente cubierto: Coma debido solamente a Accidente / Pérdida de la Vista debido solamente a Accidente / Pérdida del Habla debido solamente a Accidente / Pérdida de la Audición debido solamente a Accidente / Quemadura Severa debido solamente a Accidente / Parálisis debido solamente a Accidente	100% del Monto Nominal

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

BENEFICIO DE ASEGURADO SUCESOR

Si la cobertura de su cónyuge está vigente al momento del fallecimiento del asegurado principal, el cónyuge sobreviviente podrá elegir continuar con la cobertura. La cobertura continuaría con el valor nominal existente del cónyuge y además incluiría cualquier cobertura para hijo dependiente vigente en dicho momento. Lea el certificado para obtener más detalles.

COBERTURA PARA HIJO SIN COSTO ADICIONAL

Cada hijo dependiente está cubierto a un 50 por ciento del monto de beneficio del asegurado principal sin costo adicional. La cobertura de hijo solamente no está disponible.

BENEFICIO DE EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA / \$50 POR AÑO CALENDARIO

Pagadero por evaluaciones médicas preventivas que se realicen mientras la cobertura del asegurado esté vigente. Pagaremos este beneficio una vez por año calendario, por asegurado. Este beneficio es solo pagadero por evaluaciones médicas preventivas que se realicen como resultado del cuidado preventivo, lo que incluye procedimiento de pruebas y diagnósticos prescritos en relación con exámenes de rutina.

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (TIA) / \$250 POR AÑO CALENDARIO

Pagadero cuando un asegurado es diagnosticado con un Ataque Isquémico Transitorio (TIA) causado por una de las enfermedades indicadas en la definición de TIA. Este beneficio es pagadero además de todos los otros beneficios que apliquen. Este beneficio es pagadero una vez por año calendario.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

Porcentaje del Monto Nominal

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA O ENFERMEDAD LOU GEHRIG)

100%

ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOSTENIDA

100%

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

100%

ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

100%

Pagaremos el beneficio indicado si se le diagnostica una de las enfermedades cubiertas y si dicha cláusula adicional está vigente a la fecha del diagnóstico.

El beneficio de Enfermedad Progresiva es pagadero una vez por enfermedad.

Para que sea cubierta cualquier Enfermedad Progresiva Subsecuente, la fecha de diagnóstico debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Porcentaje del Monto Nominal

BENEFICIO DE ENFERMEDAD ESPECIFICA CATEGORÍA I

HIPOFUNCIÓN SUPRARRENAL (ENFERMEDAD DE ADDISON), MENINGITIS CEREBROESPINAL, DIFTERIA, ENCEFALITIS, COREA DE HUNTINGTON, ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO, ENFERMEDAD DE LYME, MALARIA, DISTROFIA MUSCULAR, MIASTENIA GRAVE, FASCITIS NECROSANTE, OSTEOMIELITIS, POLIOMIELITIS (POLIO), RABIA, ANEMIA DREPANOCÍTICA, LUPUS SISTÉMICO, ESCLEROSIS SISTÉMICA (ESCLERODERMIA), TÉTANOS, TUBERCULOSIS

25%

Pagaremos el beneficio indicado si un asegurado es diagnosticado con una de las Enfermedades Específicas listadas de la Categoría I, y si la cláusula adicional está vigente en la fecha de diagnóstico.

Para que sea cubierta cualquier Enfermedad Específica Subsecuente de la Categoría I, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica Subsecuente de la Categoría I debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

Porcentaje del Monto Nominal

BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD ESPECIFICA CATEGORÍA II**CORONAVIRUS HUMANO**

- COVID-19
- SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE (SARS, por sus siglas en inglés)
- SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO (MERS, por sus siglas en inglés)

10% si es hospitalizado de 4-9 días
25% si es hospitalizado de 10 o más días
40% si es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos

Pagaremos el beneficio indicado si un asegurado es diagnosticado con una de las Enfermedades Específicas listadas de la Categoría II y dicho diagnóstico resulta ya sea en un período de hospitalización u hospitalización en una unidad de cuidados intensivos en un hospital como resultado directo de la Enfermedad Específica de la Categoría II. Además, dicha cláusula debe estar vigente en la fecha del diagnóstico. Además, el asegurado debe estar recibiendo tratamiento por la Enfermedad Específica de la Categoría II para el número mínimo de días indicado. Solo el monto más alto que califique será pagadero bajo estos beneficios. En el caso de que el monto de beneficio haya sido pagado anteriormente bajo estos beneficios por cualquier período de hospitalización y que la hospitalización se prolongue o el asegurado sea transferido a una unidad de cuidados intensivos causando un pago más alto, se pagará la diferencia entre el monto de beneficio pagado anteriormente y el nuevo monto de beneficio. Por favor, tenga en cuenta que para que sea cubierta cualquier Enfermedad Específica Subsecuente de la Categoría I o Categoría II, la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Específica subsecuente de categoría I o Categoría II debe cumplir con el período de separación de Diagnóstico Adicional indicado en el folleto. Por favor, tenga en cuenta que cualquier Beneficio por Enfermedad Específica de la Categoría II requiere un diagnóstico que resulte ya sea en un período de hospitalización o un período de hospitalización en una unidad de cuidados intensivos como resultado directo de la Enfermedad Específica de la Categoría II para que el beneficio sea pagadero.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Los porcentajes del beneficio serán pagados en base al monto nominal en vigor en la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave.

Las cláusulas adicionales estarán en vigencia cuando se emite la cláusula adicional. Si se emite después del certificado, la cláusula adicional tendrá una fecha de vigencia posterior.

Todas las limitaciones y exclusiones que aplican a la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave también aplican a todas las cláusulas adicionales, si corresponden, a menos que se modifiquen para las cláusulas adicionales.

EXCLUSIONES

No pagaremos por pérdida debido a cualquiera de lo siguiente:

- Lesiones Autoinfligidas – lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente o tomar acción que cause que uno mismo se lesione;
- Suicidio – cometer o intentar cometer suicidio, estando cuerdo o demente.
- Ocupación ilegal – cometer o intentar cometer un delito grave, o involucrarse en una ocupación ilegal;
- Participación en:
 - Guerra (declarada o no declarada) o conflictos militares;
 - Insurrección o disturbio
- Estupefacientes y sustancias controladas: pérdida sostenida o contraída a consecuencia del asegurado estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada a menos que sea administrada bajo el consejo de un médico/profesional médico calificado.
- Un error, percance o negligencia durante el tratamiento o procedimiento médico, diagnóstico o quirúrgico.

El diagnóstico debe realizarse y el tratamiento debe recibirse en los Estados Unidos o en sus territorios. Todos los beneficios de la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave, incluidos los beneficios de diagnóstico, tratamiento, hospitalización y pruebas cubiertas, son pagaderos solo mientras la cobertura esté vigente.

PRIMAS PARA GRUPOS DE EDAD

Si su póliza incluye tarifas para grupos de edad, eso significa

que su póliza tiene grupos de edad y puede que aumente en la fecha de aniversario de la póliza.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

El Tumor Cerebral Benigno debió ser causado por Neoplasia Endocrina Múltiple, Neurofibromatosis o Síndrome Von Hippel-Lindau.

El beneficio por Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre) no es pagadero si el trasplante resulta de una enfermedad grave cubierta por la cual se ha pagado un beneficio.

Los siguientes no son considerados cánceres internos o invasivos:

- Cáncer cervical superficial
- Tumores superficiales en la vejiga
- Tumores premalignos o pólipos
- Cáncer de mama temprano, que recurre a una tumorectomía sin radiación o quimioterapia
- Cáncer de próstata temprano (Nivel A)
- Cáncer No Invasivo (como se define más adelante)
- Cánceres de Piel con Beneficio Reducido (como se define más adelante)
 - Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77mm, o
 - Melanomas de Etapa 1A en Etapa TNM

Un Cáncer no Invasivo es:

- Cáncer en un órgano, tal como cáncer de la próstata o indolente (esto no incluye el Cáncer que se ha propagado en el órgano, tal como el cáncer de mama, el cual debe ser considerado un cáncer invasivo)
- Síndrome Mielodisplásico - RA (anemia refractaria)
- Síndrome Mielodisplásico - RARS (anemia refractaria con sideroblastos)

Condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno que no se hayan nombrado específicamente arriba, no se consideran cáncer no invasivo

Los cánceres de piel con beneficio reducido no son pagaderos bajo el Beneficio por Cáncer (interno o invasivo) o el Beneficio por Cáncer no Invasivo. Los siguientes se consideran cánceres de piel con beneficio reducido:

- Carcinoma de células basales

- Carcinoma de células escamosas de piel
- Melanoma in Situ - lo cual es, células de melanoma que ocurren solo en la capa superior de piel (la epidermis), cuando no hay invasión en la capa interna (la dermis)
- Melanoma que se diagnostica como
 - Nivel I o II de Clark,
 - Profundidad de Breslow inferior a 0.77mm, o
 - Melanomas de Etapa 1A en Etapa TNM

El Beneficio Limitado por Coma significa un estado de inconsciencia continua y profunda, que dura al menos siete días consecutivos, y se caracteriza por la ausencia de:

- Movimientos espontáneos de los ojos,
- Respuesta a estímulos dolorosos, y
- Vocalización.

Para ser considerado una enfermedad grave, el coma debe ser causado por una de las siguientes enfermedades:

- Aneurisma Cerebral
- Diabetes
- Encefalitis
- Epilepsia
- Hiperglucemia
- Hipoglucemia
- Meningitis

Coma Debido Solamente a Accidente no incluye coma inducido médicamente (si corresponde).

Una Enfermedad Grave es una enfermedad o afección tal como se definen en la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave que se manifiesta por primera vez mientras la cobertura está vigente.

La Fecha del Diagnóstico se define de la siguiente manera:

- Tumor Cerebral Benigno: La fecha en que un médico/profesional médico calificado determina la existencia de un tumor cerebral benigno basándose en el análisis de tejido (biopsia o extirpación quirúrgica) o mediante una prueba neurorradiológica específica.
- Cáncer: El día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre, o título(s) (el diagnóstico de cáncer y/o cáncer no invasivo se basa en tales muestras).
- Cáncer no Invasivo: El día en que se toman las muestras de tejido, las muestras de sangre, o título(s) (el diagnóstico de cáncer y/o cáncer no invasivo se basa en tales muestras).

- Cánceres de Piel con Beneficio Reducido: La fecha en que se toman las muestras de biopsia de piel para examinar con microscopio.
- Trasplante de Médula Ósea (Trasplante de Células Madre): La fecha en que se realiza la cirugía.
- Beneficio Limitado por Coma: El primer día del período en que un médico/profesional médico calificado confirma un coma ocasionado por una de las enfermedades subyacentes y que hubiera perdurado durante al menos siete días consecutivos.
- Cirugía de Derivación de Arterias Coronarias: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio): La fecha en que tiene lugar el infarto (muerte) de una porción del músculo cardíaco. Esto se basa en el criterio incluido en la definición de ataque cardíaco (infarto de miocardio).
- Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Final): La fecha en que un médico/profesional médico calificado recomienda que el asegurado comience con diálisis renal.
- Beneficio Limitado por Pérdida de la Audición: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico/profesional médico calificado como total e irreversible.
- Beneficio Limitado por Pérdida de la Vista: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico/profesional médico calificado como total e irreversible.
- Beneficio Limitado por Pérdida del Habla: La fecha de la pérdida ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, determinada objetivamente por un médico/profesional médico calificado como total e irreversible.
- Beneficio Limitado por Trasplante de Órgano Principal: La fecha en que se realiza la cirugía.
- Cáncer Metastásico: La fecha en que un médico/profesional médico calificado determina que el cáncer se ha propagado del lugar original a otras partes del cuerpo.
- Beneficio Limitado por Parálisis: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con parálisis ocasionada por una de las enfermedades subyacentes, tal como se especifica en esta Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave, donde dicho diagnóstico se basa en los resultados clínicos

y/o de laboratorio, respaldados por el historial médico del asegurado.

- Quemadura Grave Debido Solamente a Accidente : La fecha en que ocurre la quemadura.
- Derrame Cerebral: La fecha en que ocurre el derrame cerebral (en base al déficit neurológico documentado y estudios de neuroimagen).
- Paro Cardíaco Súbito: La fecha en que falla la acción de bombeo del corazón (en base a la definición de paro cardíaco súbito).
- Diabetes de tipo I: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con diabetes de tipo I basado en los resultados clínicos y/o de laboratorio, respaldados por los historiales médicos.
- Diabetes de tipo II: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con Diabetes de Tipo II basado en los resultados clínicos y/o de laboratorio, respaldados por los historiales médicos.
- Ataque Isquémico Transitorio (TIA): La fecha en que ocurre el Ataque Isquémico Transitorio (basado en las pruebas de diagnóstico documentados, tales como la Tomografía Axial Computarizada (CT scan) o una imagen de Resonancia Magnética, IRM del cerebro, un ultrasonido de Doppler o un electrocardiograma al corazón).

Cónyuge es su esposo o esposa legal, incluyendo Cónyuge del mismo sexo reconocido legalmente, o una persona de cualquier género quien es su pareja de hecho reconocida y registrada legalmente, (según lo define la Sección 297 del Código Familiar de California) unión civil, relación recíproca con el beneficiario o relación similar con usted, quien está listado en su solicitud.

Los hijos dependientes son los hijos naturales, hijastros (incluyen los niños existentes de la nueva pareja de hecho), nietos, suyos o de su cónyuge, niños acogidos , niños sujetos a tutela legal, hijos adoptados legalmente o niños en proceso de adopción, quienes sean menores de 26 años de edad. Los hijos recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento. Lea su certificado detenidamente para obtener más detalles.

Un médico/profesional médico calificado no lo incluye a usted ni a ningún miembro de su familia. Para los fines de

esta definición, miembro de la familia incluye a su cónyuge, así como también a los siguientes miembros de su familia inmediata:

- Hijo
- Hija
- Madre
- Padre
- Hermana
- Hermano

Esto incluye a los miembros de la familia adoptiva y miembros de la familia política.

Empleado es una persona que reúne los requisitos de elegibilidad y está cubierto bajo la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave. El empleado es el asegurado principal bajo la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave.

Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) no incluye:

- Ninguna otra enfermedad o lesión que involucre el sistema cardiovascular.
- Paro Cardíaco que no ocurra a causa de un ataque cardíaco (Infarto de Miocardio).

El diagnóstico de un Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) debe incluir lo siguiente:

- Resultados electrocardiográficos (ECG) nuevos y seriales coherentes con un ataque cardíaco (infarto de miocardio), y
- Elevación de las enzimas cardíacas por encima de los niveles de laboratorio generalmente aceptados como normales. (En el caso de creatina fosfoquinasa [CPK], debe utilizarse una medición CPK-MB). También podrán utilizarse estudios por imágenes confirmatorios, tales como escáner con talio, escáneres MUGA o ecocardiogramas de esfuerzo.

Insuficiencia Renal (Insuficiencia Renal en Etapa Final) está cubierta solo bajo las siguientes condiciones:

- Un médico/profesional médico calificado aconseja que es necesario llevar a cabo un tratamiento de diálisis renal regular, hemodiálisis o diálisis peritoneal (al menos una vez por semana) para tratar la insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa final); o
- La insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa final) resulta en trasplante de riñón.

Beneficio Limitado por Pérdida de la Audición significa

la pérdida total e irreversible de la audición en ambos oídos. La pérdida de la Audición no incluye la pérdida de la audición que se puede corregir con el uso de un dispositivo o complemento de la audición.

Para ser considerada una Enfermedad Grave, la Pérdida de la Audición debe ser causada por una de las siguientes enfermedades:

- Síndrome de Alport
- Enfermedad autoinmune del oído interno
- Varicela
- Diabetes
- Síndrome de Goldenhar
- Enfermedad de Meniere
- Meningitis
- Paperas

Beneficio Limitado de Pérdida de la Vista significa la pérdida total e irreversible de toda la vista en ambos ojos.

Para ser considerada una enfermedad grave, la pérdida de la vista debe ser causada por una de las siguientes enfermedades

- Enfermedad de la Retina
- Enfermedad del Nervio Óptico; o
- Hipoxia

Beneficio Limitado de Pérdida del Habla significa la pérdida total y permanente de la capacidad de hablar.

Para ser considerada una Enfermedad Grave, la Pérdida del Habla debe ser causada por una de las siguientes enfermedades:

- Enfermedad de Alzheimer
- Malformación arteriovenosa

El propósito de la Farmacoterapia de Mantenimiento es disminuir el riesgo de recurrencia del cáncer; su objetivo no es tratar el cáncer aún presente.

Un Beneficio Limitado por Trasplante de Órgano Principal no es pagadero si el trasplante de órgano principal surge como resultado de una enfermedad grave cubierta para la cual un beneficio ha sido pagado.

Beneficio Limitado por Parálisis o Paralizado significa la pérdida permanente, total e irreversible de la función muscular de todos o al menos dos miembros.

Para ser considerada una Enfermedad Grave, la Parálisis debe ser causada por una o más de las siguientes enfermedades:

- Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Parálisis Cerebral
- Enfermedad de Parkinson,
- Poliomiелitis

El diagnóstico de parálisis debe contar con el respaldo de evidencia neurológica.

Quemadura Grave Debido Solamente a Accidente se refiere a una quemadura resultante de fuego, calor, sustancia cáustica, electricidad o radiación. La quemadura debe cumplir con todos los siguientes criterios:

- Ser una quemadura profunda o de tercer grado, según como lo determine un Médico/Profesional Médico Calificado. Una Quemadura Profunda o una Quemadura de Tercer Grado implica la destrucción de piel a través de todo el espesor o profundidad de la dermis (o posiblemente los tejidos subyacentes). Esto resulta en la pérdida de fluido y en ocasiones, en conmoción.
- Causar desfiguración cosmética a la superficie del cuerpo de al menos 35 pulgadas cuadradas.
- Ser causada por un Accidente Cubierto.

El derrame cerebral no incluye:

- Accidentes Cerebrovasculares Isquémicos Transitorios (AIT). AITs están cubiertos bajo Enfermedad Grave de Accidente Cerebrovascular Isquémico Transitorio.
- Lesión en la cabeza
- Insuficiencia cerebrovascular crónica
- Déficit neurológico isquémico reversible, a menos que la imagen neurológica muestre daño en el tejido cerebral

Paro Cardíaco Súbito no es un ataque cardíaco (infarto de miocardio). El beneficio por paro cardíaco súbito no es pagadero si dicho paro es causado o se ve contribuido por un ataque cardíaco (infarto de miocardio).

Tratamiento no incluye farmacoterapia de mantenimiento ni visitas de seguimiento rutinarias para verificar la recurrencia del cáncer o del carcinoma in situ.

Diabetes de Tipo I no incluye diabetes gestacional y prediabetes.

Diabetes de Tipo II no incluye diabetes gestacional y prediabetes.

Ataque Isquémico Transitorio (TIA) ocurre cuando el fluido sanguíneo hacia una parte del cerebro se bloquea o reduce temporalmente. Para que el beneficio sea pagadero, el ataque isquémico transitorio debe ser causado por una o más de las siguientes enfermedades:

- Arterioesclerosis Avanzada
- Arterioesclerosis de las arterias del cuello o del cerebro
- Embolismo vascular
- Hipertensión
- Hipertensión Maligna
- Aneurisma Cerebral
- Malformación Arteriovenosa.

Ataque Isquémico Transitorio deberá ser diagnosticado por un médico de manera positiva basándose en el déficit neurológico documentado y en estudios de neuroimagen de confirmación.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES PROGRESIVAS

La Fecha del Diagnóstico se define para cada enfermedad grave específica de la siguiente manera:

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA o Enfermedad de Lou Gehrig): La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con ELA y donde dicho Diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Esclerosis Múltiple Sostenida: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al Asegurado con Esclerosis Múltiple y donde dicho diagnóstico es respaldado por un historial médico.
- Enfermedad de Alzheimer Avanzada: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con la enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad de Parkinson Avanzada: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica al asegurado con la Enfermedad de Parkinson.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

La Fecha del diagnóstico se define para cada Enfermedad Específica de la siguiente manera y debe estar respaldado por historiales médicos:

- Hipofunción Suprarrenal (Enfermedad de Addison): La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Hipofunción Suprarrenal al asegurado.

- Meningitis Cerebroespinal: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Meningitis Cerebroespinal al asegurado.
- Difteria: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Difteria al asegurado basándose en hallazgos clínicos y/o de laboratorio.
- Encefalitis: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Encefalitis al asegurado.
- Corea de Huntington: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Corea de Huntington al asegurado basándose en hallazgos clínicos.
- Enfermedad del Legionario: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Enfermedad del Legionario al asegurado al encontrar la bacteria Legionella en una muestra clínica extraída del Asegurado.
- Enfermedad de Lyme: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Enfermedad de Lyme al asegurado.
- Malaria: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Malaria al asegurado.
- Distrofia Muscular: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Distrofia Muscular al asegurado.
- Miastenia Grave: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Miastenia Grave al asegurado.
- Fascitis Necrosante: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Fascitis Necrosante al asegurado.
- Osteomielitis: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Osteomielitis al asegurado.
- Poliomiелitis: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Poliomiелitis al asegurado.
- Rabia: La fecha en que un médico diagnostica Rabia al asegurado y cuando dicho diagnóstico está respaldado por historiales médicos.
- Anemia Drepanocítica: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Anemia Drepanocítica al asegurado.
- Lupus Sistémico: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Lupus Sistémico al asegurado.

- Esclerosis Sistémica (Esclerodermia): La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Esclerosis Sistémica al asegurado.
- Tétanos: La fecha en que un médico/profesional médico calificado diagnostica Tétanos al Asegurado al encontrar la bacteria Clostridium tetani en una muestra clínica extraída del Asegurado.
- Coronavirus Humano: La fecha en que un médico diagnostica Coronavirus Humano al asegurado basándose en hallazgos de laboratorio respaldado por examen viral o de sangre.

La Hipofunción Suprarrenal no incluye la insuficiencia suprarrenal secundaria y terciaria.

El término Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital, según lo define en la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave, incluyendo, pero no limitado a los cuartos privados monitoreados, cuartos de recuperación quirúrgicas, unidades de observación, y las siguientes unidades de cuidados intermedios:

- Una unidad de cuidado progresivo,
- Una unidad de cuidados intensivos subagudos, o
- Una unidad de cuidados intermedios.

El término Hospital excluye específicamente cualquier instalación que no cumpla con la definición de Hospital, según se define en la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave, incluyendo, pero no limitando a:

- Un hogar de ancianos,
- Un centro de atención prolongada,
- Un centro de enfermería especializada,
- Una casa de reposo o residencia de ancianos,
- Un centro de rehabilitación,
- Un centro de tratamiento para alcohólicos o drogadictos, o
- Un centro de vida asistida.

El Coronavirus Humano está limitado a la Enfermedad de Coronavirus 19 (COVID-19), Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio De Oriente Medio (MERS). COVID-19 significa una enfermedad respiratoria viral causada por SARS-CoV-2.

USTED PUEDE CONTINUAR SU COBERTURA

Su cobertura podría continuar bajo ciertas condiciones. Consulte el certificado para obtener más detalles.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro puede que termine cuando termine la Póliza del Seguro Colectivo de Enfermedad Grave; a partir del día 31 después de la fecha de vencimiento de la prima, si la prima no ha sido pagada; o la fecha en que usted ya no pertenezca a una clase de empleo elegible. Si su cobertura termina, proporcionaremos los beneficios para reclamaciones válidas que surgieron mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para obtener más detalles.

AVISOS

Si esta cobertura reemplazara cualquier póliza individual existente, tenga en cuenta que puede resultar beneficioso para usted mantener su póliza individual de renovación garantizada.

Aviso al Consumidor: Las coberturas proporcionadas por Continental American Insurance Company (CAIC) representan solo beneficios suplementarios. No constituyen una cobertura integral de seguro médico ni cumplen con el requisito de cobertura esencial mínima, según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La cobertura de CAIC no pretende sustituir ni emitirse en reemplazo de la cobertura médica principal. Está diseñada para complementar un programa médico principal.



aflacgroupinsurance.com | 1.800.433.3036

Continental American Insurance Company (CAIC), aun orgulloso miembro de la familia de compañías de seguros Aflac, es una subsidiaria de propiedad total de Aflac Incorporated que suscribe cobertura colectiva. CAIC no cuenta con licencia para ofrecer sus servicios en New York, Guam, Puerto Rico ni en Virgin Islands. Para los grupos situados en California, la cobertura colectiva está suscrita por Continental American Life Insurance Company.

Continental American Insurance Company • Columbia, South Carolina

El certificado al que corresponde este material de venta puede que esté escrito solamente en inglés; si la interpretación de este material varía, prevalecerá el certificado .

Este folleto es una breve descripción de la cobertura y no constituye un contrato. Lea su certificado detenidamente para conocer los términos y condiciones exactos. Le invitamos a solicitar una copia completa del certificado a través de su empleador o comunicándose con nuestro Centro de Servicios al Cliente.

Este folleto está sujeto a los términos, condiciones y limitaciones del Formulario de la Póliza C22000.