

Aflac

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Durante más de 60 años, nos hemos dedicado a
ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.



Aflac®

SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE AFLAC

Póliza de la Serie A57600

SD

Ayudándole a Pagar Sus Facturas, Mientras Usted Se Enfoca en Sí Mismo

¿Qué pasaría si un día, no muy lejano en el futuro, usted se incapacita y no puede ir a trabajar? ¿Cómo pagaría por los gastos de la vida diaria, tales como la hipoteca o el alquiler mensual, los alimentos y sus servicios públicos? Las facturas no dejan de llegar, aun si usted no puede trabajar. Es ahí cuando la póliza del seguro de incapacidad a corto plazo de Aflac puede ayudar a marcar la diferencia. Es una fuente de ingreso mensual que usted podría necesitar para ayudarle a pagar sus facturas mientras cuida de su salud.

Las razones por las cuales el Seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac puede ser la mejor opción para usted:

- Se vende de forma individual. Usted escoge el plan que más le convenga de acuerdo a sus necesidades financieras y a sus ingresos.
- Ofrecemos la opción de emisión garantizada¹ para la cobertura de incapacidad a corto plazo. Eso significa que no se requiere un cuestionario médico.
- Pagamos un beneficio en efectivo directamente a usted por cada día que esté incapacitado.²



He aquí cómo podemos ayudar

Cuando está incapacitado, usted no sólo puede perder la habilidad de ganarse la vida, sino también sus ahorros o fondos de retiro. Las obligaciones financieras podrían ser abrumadoras. El seguro de incapacidad juega un papel íntegro e importante en su planificación financiera.

Aflac no coordina los beneficios. Pagaremos los beneficios directamente a usted, independiente de cualquier otro seguro de incapacidad que usted pueda tener, incluyendo el Seguro Social.

Los datos indican que usted necesita la protección del plan de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac:

DATO NO. 1

ANTES DE JUBILARSE,

1-de cada-4

ESTADOUNIDENSES ENTRANDO EN LA FUERZA LABORAL QUEDARÁ INCAPACITADO.³

DATO NO. 2

CASI EL

90%

DE LAS INCAPACIDADES NO ESTÁN RELACIONADAS CON EL TRABAJO.³

¹Sujeto a ciertas condiciones.

²Sujeto a su período de beneficio y período de eliminación.

³2015 Disability Insurance Awareness Month, Facts from LIMRA.

Comprenda la diferencia que Aflac hace en su seguridad económica.

Aflac le paga los beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que usted lo elija de otra manera. Esto significa que usted tendrá recursos financieros adicionales para ayudarle con los gastos incurridos debido a un tratamiento médico, con los gastos de la vida diaria o para lo que usted decida.

Opciones de Cobertura

Escoja la Póliza que Usted Necesita

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
PAGO DE BENEFICIO MENSUAL	\$500 a \$6,000 (sujeto a los requisitos de ingresos)
PERÍODOS DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL	3, 6, 12, 18 ó 24 meses
PERÍODOS DE ELIMINACIÓN (LESIÓN/ENFERMEDAD)	0/7, 0/14, 7/7, 7/14, 14/14, 0/30, 30/30, 60/60, 90/90, 180/180
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Se cede el derecho a la prima, de mes a mes, por la póliza y cualquier cláusula(s) adicional(es) que corresponda(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el período de beneficio correspondiente que se muestra en el Cuadro de la Póliza. No está disponible con el período de beneficio por incapacidad total de 3 meses.

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES

CLÁUSULA ADICIONAL PARA BENEFICIO POR INCAPACIDAD POR LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO	Provee beneficios si una incapacidad es causada por una lesión ocurrida en el trabajo cubierta mientras la cobertura esté en vigor. Disponible incluso con la Compensación de los Trabajadores.* Los beneficios son pagaderos durante el período de beneficio por incapacidad total seleccionado. El beneficio está sujeto al período de eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza y a los requisitos de ingresos.
CLÁUSULA ADICIONAL PARA UNIDADES ADICIONALES DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD	Le permite comprar unidades adicionales para cobertura de incapacidad para agregarlas a su póliza de incapacidad a corto plazo existente. Sujeto a los requisitos de ingresos.

Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

*Sujeto a ciertas condiciones/máximo.

Cómo funciona



El ejemplo anterior está basado en un escenario para el seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac que incluye las condiciones de los siguientes beneficios: edades 18–49, empleado a tiempo completo en el momento que comenzó la incapacidad, un monto del beneficio mensual por incapacidad de \$2,000, un salario anual de \$40,000, el período de eliminación de 0/7 días, el período de beneficio de 3 meses, beneficios basados en las primas de la póliza que se pagan con dólares deducidos después de impuestos.

La póliza tiene limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Para costos y detalles completos sobre la cobertura, comuníquese con su agente/productor del seguro de Aflac. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte el resumen de la cobertura y la póliza para detalles sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones completos.

COBERTURA DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

American Family Life Assurance Company of Columbus
(en el presente documento denominado Aflac)
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999
Si necesita ayuda para resolver quejas o información, llame al 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522).
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)
Para obtener formularios de reclamación, visite nuestro sitio Web en aflac.com.

COBERTURA DE INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO
Resumen de la Cobertura del Formulario de la Póliza A57600FL

ESTA NO ES UNA PÓLIZA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.

Si usted califica para Medicare, revise la “Guía del Seguro Médico para Personas Con Medicare” proporcionada por Aflac.

1. **Lea Su Póliza Detenidamente.** Este resumen de la cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de su póliza. Este documento no es el contrato del seguro y solamente regirán las disposiciones actuales establecidas 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. La cobertura de incapacidad de corto plazo está diseñada para proveer a las personas aseguradas cobertura por incapacidad, atribuible a accidentes o Enfermedades que estén cubiertas bajo la misma, sujeto a las limitaciones establecidas en la póliza. No provee cobertura por los gastos básicos de hospitalización, por servicios médicos-quirúrgicos básicos, ni por los gastos médicos principales.

3. **Beneficios.** Los siguientes beneficios son parte de la póliza.

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de incapacidad por parto sólo serán pagaderos después de que la póliza haya estado en vigor por diez meses. El máximo período de incapacidad permitido debido a una incapacidad por parto es de seis semanas para parto sin cesárea y ocho semanas para parto con cesárea, menos el Período de Eliminación, a menos que usted provea evidencia de que su incapacidad continúa más allá de estos límites de tiempo.

Pagaremos los beneficios solamente por una incapacidad a la vez, aunque la incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a los expedientes Médicos para determinar si usted califica para recibir beneficios por incapacidad o si usted no puede realizar**

tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

1. Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, y usted no está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada “Período” y la definición de “Período de Beneficio”.

Durante los primeros 12 meses de su Incapacidad Total, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, no se pagarán beneficios.

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses.

2. Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio o cualquier beneficio por incapacidad por la misma condición de salud o una relacionada, a menos que usted haya sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, ya no se encuentra incapacitado y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad por un período de 180 días.

Los períodos de incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo, usted ha sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad.

Los períodos de incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, cubierta por la póliza, le causa una Incapacidad Total por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta póliza esté vigente, Aflac cederá de mes a mes, la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por incapacidad.

El Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima no está disponible con el Período de Beneficio por Incapacidad Total de tres meses.

SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS, SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.

4. **BENEFICIOS OPCIONALES:**

Cláusula Adicional para Beneficio por Incapacidad por Lesión Ocurredada En el Trabajo:
(Serie A57650) Solicitada: Sí No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su incapacidad ha sido causada por una Lesión Ocurredada En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

Pagaremos los beneficios solamente por una incapacidad a la vez, aunque la incapacidad haya sido causada por más de una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a los expedientes Médicos para determinar si usted califica para recibir**

beneficios por incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

1. Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurrida En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y no está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional por Incapacidad, por Lesión Ocurrida En el Trabajo, por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Durante los primeros 12 meses de su Incapacidad Total, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, no se pagarán beneficios.

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses.

2. Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurrida En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurrida En el Trabajo por

cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio o cualquier beneficio por incapacidad por la misma condición de salud o una relacionada a menos que haya sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, ya no se encuentra incapacitado y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad por un período de 180 días.

Los períodos de incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo, usted ha sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad.

Los períodos de incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le causa una Incapacidad Total por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta cláusula adicional esté vigente, Aflac cederá de mes a mes la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por incapacidad.

El Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima no está disponible con el Período de Beneficio por Incapacidad Total de tres meses.

SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS, SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.

Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad: (Serie A57651) Solicitada: Sí No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de incapacidad por parto sólo serán pagaderos después de que la cláusula adicional haya estado en vigor por diez meses. El máximo período de incapacidad permitido debido a una incapacidad por parto es de seis semanas para parto sin cesárea y ocho semanas para parto con cesárea, menos el Período de Eliminación, a menos que usted provea evidencia de que su incapacidad continúa más allá de estos límites de tiempo.

Pagaremos los beneficios solamente por una incapacidad a la vez, aunque la incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a los expedientes**

Médicos para determinar si usted califica para recibir beneficios por incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.

Este beneficio se pagará bajo los mismos términos que el Beneficio por Incapacidad Total, como se describe en su póliza. Las unidades adicionales de cobertura sólo serán pagaderas para una incapacidad que comience a partir de la Fecha de Vigencia de esta cláusula adicional.

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

1. Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y no está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficios por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Durante los primeros 12 meses de su Incapacidad Total, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, si está trabajando en cualquier empleo por salario o beneficios, no se pagarán beneficios.

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses.

2. Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo después que los beneficios han sido pagados por 12 meses, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio o cualquier beneficio por incapacidad por la misma condición de salud o una relacionada a menos que usted haya sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, ya no se encuentra incapacitado y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad por un período de 180 días.

Los períodos de incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo, usted ha sido dado de alta por el Médico debido a la incapacidad anterior, y ya no califica para recibir los beneficios por incapacidad.

Los períodos de incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

DISPOSICIONES IMPORTANTES DE SU PÓLIZA

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. La incapacidad ocasionada por una Condición de Salud Preexistente o por reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no serán cubiertas, a menos que comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B. Aflac no pagará beneficios por una afección, enfermedad, infección o trastorno que es diagnosticado o tratado por un Médico dentro de los primeros 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, a menos que la incapacidad resultante comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- C. Aflac no pagará beneficios por una incapacidad que es tratada fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos.
- D. Aflac no pagará beneficios cuando la cobertura provista por esta póliza esté en violación de cualquier sanción económica o comercial de los Estados Unidos. Si la cobertura violara sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, dicha cobertura quedará nula e inválida.
- E. Aflac no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo esta cobertura o una reclamación previa bajo cualquier otra cobertura de Aflac por la cual usted recibió beneficios que no eran legítimamente adeudados y por los cuales se obtuvo el pago de forma fraudulenta.
- F. Aflac no pagará beneficios por una incapacidad causada por u ocurra como resultado de cualquier infección o infestación bacteriana, vírica o por microorganismo, o cualquier condición que resulte de la picadura o mordida de un insecto, arácnido u otro artrópodo como una incapacidad causada por una Lesión; dicha incapacidad estará cubierta de la misma manera que la incapacidad causada por una Enfermedad.
- G. **Aflac no pagará beneficios por una incapacidad causada por o que ocurra como resultado de:**
 - 1. Embarazo o parto dentro de los primeros diez meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura (Las Complicaciones de un Embarazo estarán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad);
 - 2. Usar cualquier droga, narcótico, alucinógeno o sustancia química (a menos que sea administrada por un Médico y tomada de acuerdo a las instrucciones del Médico), o tomar voluntariamente cualquier clase de veneno o inhalar cualquier clase de gas o vapores;
 - 3. Participar en cualquier actividad o evento, incluyendo la conducción de un vehículo, estando bajo los efectos de una sustancia controlada (a menos que sea administrada por un Médico y tomada de acuerdo a las instrucciones del Médico) o estando intoxicado ("intoxicado" se refiere a

aquella condición definida como tal por la ley de la jurisdicción en la que ocurrió el accidente);

4. Participar o intentar participar en cualquier actividad ilegal definida como delito grave, si es condenado ("delito grave" se define por la ley de la jurisdicción en la cual haya sucedido el hecho); o estar encarcelado en cualquier centro de detención o institución penal;
5. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente o cometer o intentar suicidio, estando cuerdo o demente;
6. Realizarse cirugía cosmética u otro procedimiento electivo que no son Médicamente Necesario;
7. Realizarse un tratamiento dental, excepto como resultado de una Lesión;
8. Estar expuesto a guerras o cualquier acto de guerra, declarado o no declarado;
9. Prestar servicio activo en cualquiera de las fuerzas armadas o unidades auxiliares de ellas, incluyendo a la Guardia Nacional o la Reserva;
10. Donación de un órgano dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de esta póliza;
11. Trastornos mentales o emocionales, incluyendo, pero no limitados a lo siguiente: trastorno afectivo bipolar (síndrome maniaco-depresivo), trastornos delirantes (paranoicos), trastornos psicóticos, trastorno de somatización (enfermedad psicosomática), trastornos de alimentación, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, depresión, estrés o depresión después del parto. Sin embargo, esta póliza pagará por incapacidades cubiertas que resulten 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.

Pagaremos los beneficios solamente por una incapacidad a la vez, aunque la incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión.

LIMITACIONES DE CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES:

Una "Condición de Salud Preexistente" es una enfermedad, dolencia, infección, trastorno o lesión por la cual, dentro del período de 12 meses previos a la Fecha de Vigencia de la cobertura, se recomendó o recibió consejo médico, consulta o tratamiento, o de la cual existían padecimientos que hubiesen causado generalmente a que una persona prudente hubiera buscado diagnóstico, atención o tratamiento. La incapacidad causada por una Condición de Salud Preexistente o reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no estarán cubiertas, a menos que ésta comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

La atención de seguimiento rutinario para determinar si un cáncer de mama se ha repetido en una persona que previamente se ha decidido está libre de cáncer de mama, no constituye consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento a efectos de determinar condiciones de salud preexistentes, a menos que se encuentre evidencia de cáncer de mama durante o como resultado de la atención de seguimiento.

Renovación. La póliza es de renovación garantizada hasta la edad de 75 años mediante el pago de la prima en vigor al comienzo de cada período de renovación. Las tarifas de primas pueden cambiar sólo si se cambian en todas las pólizas del mismo número y clase de formulario en vigor en su estado (en el cual se vendió la póliza), a excepción de que podemos descontinuar o terminar la póliza si usted realiza un acto o práctica que constituya fraude, o ha realizado intencionalmente una declaración falsa de un hecho material relacionado de alguna forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones de beneficios bajo la póliza.

**GUARDE ESTE RESUMEN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.
ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SOLAMENTE UNA BREVE EXPLICACIÓN DE SU PÓLIZA.
CONSULTE SU PÓLIZA PARA DETERMINAR
LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES QUE RIGEN SOBRE EL SEGURO.**

Esto es una traducción del documento original, escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de que haya una disputa referente al significado de este documento o sus términos.

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): BAÑARSE: asearse por sí mismo con esponja o bañarse en una bañera o ducha, incluyendo la tarea de entrar o salir de la bañera o ducha; MANTENER LA CONTINENCIA: mantenimiento del control urinario e intestinal, incluyendo su habilidad de utilizar bolsas de ostomía u otros dispositivos tales como catéteres; TRANSFERIRSE: moverse entre la cama y una silla, o entre la cama y una silla de ruedas; VESTIRSE: ponerse y quitarse todos los artículos de vestir necesarios; USO DEL INODORO: ir y venir del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro y realizar todas las tareas asociadas con la higiene personal; COMER: realizar todas las tareas principales para ingerir los alimentos.

BENEFICIO DIARIO POR INCAPACIDAD: una trigésima parte del beneficio por incapacidad mensual que corresponda como se muestra en el Cuadro de la Póliza.

FECHA DE VIGENCIA: la(s) fecha(s) en que la cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza. La fecha de vigencia de la póliza no es la fecha en que usted firmó la solicitud de cobertura.

EMPLEO A TIEMPO COMPLETO: un empleo en el cual usted trabaja 19 horas o más a la semana para un empleador por salario o beneficios.

LESIÓN: una lesión corporal causada directamente por un accidente, independiente de una enfermedad, padecimiento, dolencia física o cualquier otra causa, que ocurra en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté en vigor.

LESIÓN OCURRIDA FUERA DEL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted no está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

ENFERMEDAD: es una afección, padecimiento, infección o cualquier otra condición de salud física anormal, independiente de una lesión, que se manifiesta y se trata por primera vez más de 30 días después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté en vigor.

INCAPACIDAD TOTAL: estar bajo el cuidado y atención de un médico debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo. Después que los beneficios han sido pagados durante 12 meses, si corresponde, esto significa estar bajo el cuidado y atención de un médico debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo, ni pueda trabajar en ningún otro empleo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las complicaciones del embarazo no incluyen parto prematuro sin incidencias, gestación de embarazo múltiple, parto falso, hemorragia uterina escasa, reposo prescrito durante el embarazo, náuseas del embarazo 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.

Un médico no lo incluye a usted o un miembro de su familia inmediata.

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

