

Aflac

# Seguro de Ingresos por Incapacidad a Corto Plazo

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



# SEGURO DE INGRESOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE AFLAC

Póliza de la Serie A57600

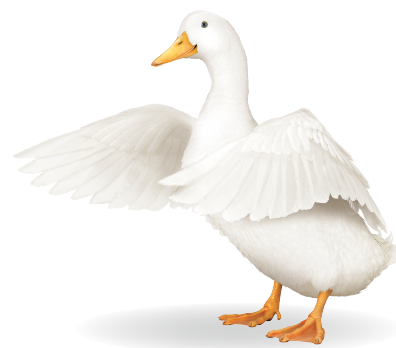
# SD

## 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 ayudarlo a pagar sus facturas mientras cuida de su salud.<sup>1</sup>

### 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 garantizada<sup>2</sup> 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.<sup>1</sup>



### 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 provee beneficios tanto por una incapacidad total como parcial. Aunque usted pueda trabajar, los beneficios por incapacidad parcial puede que estén disponibles para ayudarlo a compensar la pérdida de ingresos.

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.<sup>3</sup>

#### DATO NO. 2

CASI EL

# 90%

DE LAS INCAPACIDADES NO ESTÁN RELACIONADAS CON EL TRABAJO.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sujeto a su período de beneficio y período de eliminación.

<sup>2</sup>Sujeto a ciertas condiciones.

<sup>3</sup>2015 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                    | \$400 a \$6,000 (sujeto a los requisitos de ingresos)                                                                                                                                                                                               |
| PERÍODOS DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL  | 6, 12, 18 ó 24 meses                                                                                                                                                                                                                                |
| PERÍODO DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL | 3 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. |

CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AFLAC VALUE RIDER                                                                   | Paga \$1,000 cada 5 años mientras la póliza esté en vigor (hasta cinco veces), menos cualquier reclamación por incapacidad pagada o \$100, el que sea mayor.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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, no cubierto por un plan de incapacidad del estado, el período de eliminación de 0/7 días, el período de beneficio de 6 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.

\*\*El beneficio mensual por incapacidad puede ser limitado si está cubierto por un plan de incapacidad del estado.





---

# **COBERTURA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO**

---

American Family Life Assurance Company of Columbus  
(denominada Aflac en este documento)  
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999  
1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)  
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

**COBERTURA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO**  
**Resumen de la Cobertura de la Póliza Serie A57600**

**ESTA NO ES UNA PÓLIZA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.**

Si usted califica para Medicare, revise la “Guía sobre Seguros Médicos para Personas con Medicare” (*Guide to Health Insurance for People With Medicare*) disponible en Aflac.

1. Cobertura de Protección de Ingresos por Incapacidad. Este tipo de póliza está diseñada para cubrirle por incapacidades atribuibles a accidentes o enfermedades que estén cubiertas. Los beneficios podrían estar sujetos a cualquiera de 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.*

2. **Lea Su Póliza Detenidamente.** Este resumen de la cobertura describe brevemente las características importantes de la cobertura. Este documento no es el contrato del seguro. Solamente 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!** *RECUERDE, si no está satisfecho con su póliza, usted tiene 30 días para devolverla a Aflac y que le devuelvan su dinero.*

3. **Prima Anual** \$\_\_\_\_\_.

Usted paga \$\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

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

**Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad es causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurred Fuera del Trabajo cubierta, y ocurre mientras la 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 cuando la concepción ocurre después de la Fecha de Vigencia de la póliza. El período máximo de Incapacidad permitido debido a una Incapacidad por parto es de seis semanas por parto sin cesárea y ocho semanas por 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. Las Complicaciones del Embarazo serán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aún si la Incapacidad es causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación pendiente, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad. 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. **Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fuera del Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fuera del Trabajo cubierta, 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. Además, 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) sea 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.

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

Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta le ocasiona no poder desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia dentro de los 90 días de dicha Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta, según certificado por un Médico, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales tareas. 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. Además, 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) sea 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 o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

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 POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Además, 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) sea 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, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso Anual antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo

Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

- C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Total o Incapacidad Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras la póliza esté en vigor, Aflac cederá de mes a mes, la prima vencida 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.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador 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 discapacidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté en vigor.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y cualquier 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 cualquier cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir de la primera prima adeudada después que usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

**SI USTED TIENE CUALQUIER OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD EN VIGOR CON NOSOTROS, SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.**

## **5. BENEFICIOS OPCIONALES:**

**Cláusula Adicional para Beneficio por Incapacidad por Lesión Ocurred En el Trabajo:**

(Serie A57650) Solicitada: ☐ Sí ☐ No

**Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad es causada por una Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, y ocurre mientras la 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, aún si la Incapacidad es causada por más de una Lesión.

**En el transcurso de una reclamación pendiente, nos**

**reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad. 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. Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurred En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurred 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. Además, 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) sea 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.

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

Si su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta le ocasiona no poder desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia dentro de los 90 días de dicha Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, según certificado por un Médico, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales tareas. 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. Además, 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) sea 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, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplan 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 POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurred En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurred En el Trabajo por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Además, 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) sea 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, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso Anual antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

**C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:** Si su Lesión Ocurred En el Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Total o Incapacidad Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras la cláusula adicional esté en vigor, Aflac cederá de mes a mes la prima vencida 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.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador 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 discapacidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté en vigor.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y cualquier 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 cualquier cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir de la primera prima adeudada después que usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

**SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD EN VIGOR 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 es causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, y ocurre mientras la 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 cuando la concepción ocurre después de la Fecha de Vigencia de esta cláusula adicional. El período máximo de Incapacidad permitido debido a una Incapacidad por parto es de seis semanas por parto sin cesárea y ocho semanas por 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. Las Complicaciones del Embarazo serán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aún si la Incapacidad es causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación pendiente, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad. 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 correspondientes al Beneficio por Incapacidad Total o al

Beneficio por Incapacidad Parcial, como se describe en su póliza. Las unidades adicionales de cobertura sólo serán pagaderas por una Incapacidad que comience a partir de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional.

**A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:**

- 1. Empleado a Tiempo Completo:** 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 su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio 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. Además, 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) sea 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.

- 2. Si no está Empleado a Tiempo Completo:** 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 su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta le ocasiona no poder desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia dentro de los 90 días de dicha Enfermedad cubierta o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, según certificado por un Médico, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales tareas. 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. Además, 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) sea 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, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar las tareas de cualquier ocupación para la que está calificado o para la que se calificó por educación, adiestramiento o experiencia.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplan 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 POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurred Fura del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Además, 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) sea 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, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso Anual antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y no separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de tres meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** y no separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted está desempeñando las tareas principales y esenciales de dicho empleo, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por un Médico de una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir ningún beneficio por Incapacidad bajo la póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de tres meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

**Cláusula Adicional de Beneficio por Incapacidad Continua:**  
(Serie A57652) Solicitada: ☐ Sí ☐ No

El siguiente beneficio es pagadero por una incapacidad ocasionada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta. Los beneficios por incapacidad están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza:

Si su Enfermedad cubierta o Lesión Ocurred Fura del Trabajo cubierta ocasiona su Incapacidad por 180 días continuos, le pagaremos por cada día subsiguiente de su Incapacidad: (1) el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional del Beneficio por Incapacidad Continua

mostrado en el Cuadro de la Póliza por su Incapacidad Total continua o (2) la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional del Beneficio por Incapacidad Continua mostrado en el Cuadro de la Póliza por su Incapacidad Parcial continua. Este beneficio es pagadero solamente donde corresponden los beneficios por Incapacidad pagaderos bajo la póliza y es pagadero además de los beneficios por Incapacidad bajo la póliza. Los beneficios bajo esta cláusula adicional cesarán en lo que ocurra primero de (1) la fecha en que ya no esté incapacitado o (2) la fecha en que usted alcance el Período de Beneficio bajo su póliza y los beneficios de la póliza ya no sean pagaderos. Para que los beneficios bajo esta cláusula adicional vuelvan a ser pagaderos, usted debe calificar para y recibir beneficios por Incapacidad por una Incapacidad diferente bajo la póliza por otros 180 días continuos, sujeto a un nuevo Período de Eliminación bajo su póliza. Para la continuación de una incapacidad previa, consulte los beneficios por Incapacidad en la póliza

#### **Aflac Value Rider:**

**(Serie A57653) Solicitada:** ☐ Sí ☐ No

Aflac le pagará lo mayor de:

- (i) \$1,000 menos cualquier reclamación pagada (excluyendo cualquier Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima, pagado bajo la póliza: o
- (ii) \$100

al final de cada período consecutivo de cinco años a partir de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional durante el cual la cláusula adicional permanece en vigor. Cada período de cinco años consecutivos subsiguiente comienza el día posterior a la conclusión del período de cinco años consecutivos anterior. Si usted recibe este Beneficio de Aflac Value y luego presenta una reclamación que incluye días de Incapacidad que hayan ocurrido durante el período de cinco años consecutivos que lo calificó para recibir este Beneficio de Aflac Value, entonces reduciremos la cantidad pagadera por dichos días de Incapacidad por la cantidad que usted recibió bajo la cláusula adicional menos \$100.

Ambas, la póliza y la cláusula adicional, deben permanecer en vigor por cinco años consecutivos para que usted califique para el Beneficio de Aflac Value. Si la cláusula adicional se emite después de la Fecha de Vigencia de la póliza, el período de cinco años consecutivos inicial comienza en la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional. Este beneficio se limita a cinco pagos de por vida.

La cláusula adicional terminará tan pronto: (1) termine la póliza a la cual se adjunta la cláusula adicional; (2) su falta de pago de las primas de la cláusula adicional al término del Período de Gracia; (3) reciba cinco pagos bajo la cláusula adicional; (4) su edad al momento de cualquier pago bajo la cláusula adicional es de 70 años o más y su póliza terminará antes de vencer cualquier pago subsiguiente bajo la cláusula adicional; o (5) su muerte. Cuando la

cláusula adicional termine (ya no esté en vigor), no se cobrarán más primas por dicha cláusula adicional.

## **DISPOSICIONES IMPORTANTES DE LA 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 será cubierta, a menos que comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B.** Aflac no pagará beneficios por una enfermedad, dolencia, infección o trastorno que sea 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 la 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 será anulada y cancelada.
- E.** Aflac no pagará beneficios cuando se cometa fraude al presentar una reclamación bajo esta cobertura o en cualquier reclamación anterior bajo otra cobertura de Aflac por la que se recibieron beneficios que legalmente no se debían y fraudulentamente indujeron el pago.
- 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. Parto cuando la concepción ocurre antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura (Las Complicaciones de un Embarazo estarán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad);
  - 2. Estar bajo los efectos de cualquier narcótico (a menos que sea administrado por recomendación de un 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, mientras está intoxicado o estando bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que sea administrado por un Médico y tomado de acuerdo a las instrucciones del Médico ("intoxicado" se refiere a



aquella condición definida como tal por la ley de la jurisdicción en la que ocurrió la Lesión o la causa de la pérdida);

4. Intentar cometer o cometer un delito grave o estar involucrado en una ocupación ilegal;
5. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente, o cometer o intentar suicidio, estando cuerdo o demente;
6. Someterse a una cirugía cosmética con excepción de la cirugía reparadora, cuando dicho servicio es incidental a, o posterior a una cirugía resultante de un trauma;
7. Recibir cuidado o tratamiento dental, excepto a consecuencia de una Lesión;
8. Estar involucrada en 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. (Le devolveremos la prima pagada durante dicho servicio y a la terminación del servicio militar, usted tiene el derecho de renovar la cobertura.);
10. Trastornos mentales o emocionales, incluyendo, pero no limitados a lo siguiente: trastorno afectivo bipolar (síndrome maníaco-depresivo), trastornos delirantes (paranoicos), trastornos psicóticos, trastornos de somatización (enfermedad psicosomática), trastornos de alimentación, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, depresión, estrés o depresión después del parto. Sin embargo, la póliza pagará por incapacidades cubiertas

que resulten de la enfermedad de Alzheimer o formas similares de senilidad o demencia senil.

**Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aún si la Incapacidad es 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, embarazo o lesión por la cual, existían síntomas que hubiesen causado generalmente a que una persona prudente hubiera buscado diagnóstico, atención o tratamiento dentro del período de un año previo a la Fecha de Vigencia de la cobertura, o una condición para la cual consejo o tratamiento médico fue recomendado por un médico o recibido de un médico en un período de cinco años previo a la Fecha de Vigencia de la cobertura. La incapacidad causada por una Condición de Salud Preexistente o reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no estará cubierta, a menos que ésta comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

**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, a excepción de que podemos discontinuar 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 DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.  
ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SÓLO UN BREVE BOSQUEJO DE SU PÓLIZA.  
SE DEBE CONSULTAR LA PROPIA PÓLIZA PARA DETERMINAR  
LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES QUE RIGEN.**

**The English version of this form is the official version and shall control the resolution of any dispute or complaint. The Spanish version is provided as an accommodation to the customer and is for informational purposes only.**

**El formulario en inglés es la versión oficial de este formulario y regirá la resolución en cualquier disputa o queja. La versión en español se provee como referencia para el cliente y es sólo con fines informativos.**

## TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

**PERÍODO DE BENEFICIO:** el número máximo de días después del período de eliminación, si alguno, para el cual los beneficios pueden ser pagados a usted por cualquier período de incapacidad. Cada nuevo período de beneficio está sujeto a un nuevo período de eliminación. Lea el Cuadro de la Póliza para el período de beneficio que usted seleccionó. Para fines de este cálculo, un “mes” es definido como 30 días para el cual los beneficios son pagados.

**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 fecha en que comienza su cobertura. Antes de otorgar la cobertura, solicitamos evidencia de asegurabilidad. En nuestra aprobación de su solicitud, la cobertura comenzará en la fecha de vigencia mostrada en el Cuadro de la Póliza.

**PERÍODO DE ELIMINACIÓN:** el número de días consecutivos al inicio de su período de incapacidad para el cual los beneficios no son pagaderos. Lea el Cuadro de la Póliza para el período de eliminación que usted seleccionó. Cada nuevo período de beneficio está sujeto a un nuevo período de eliminación.

**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. Si tiene más de un empleo, su empleo a tiempo completo deberá considerarse como el empleo en el que trabaja la mayor cantidad de horas regulares programadas.

**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.

**INCAPACIDAD PARCIAL:** 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, pero puede trabajar en cualquier empleo ganando menos del 80 por ciento del ingreso anual de su empleo a tiempo completo en el momento en que quedó incapacitado.

**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, 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 electiva, la hiperémesis gravídica y la preeclampsia que no requieran hospitalización 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

