

SEGURO POR ACCIDENTE DE GRUPO

	MONTO DEL BENEFICIO
<p>TRATAMIENTO INICIAL (una vez por accidente, dentro de los 7 días después del accidente, no pagadero por servicios de telemedicina) Pagadero cuando un asegurado recibe un tratamiento inicial por una lesión accidental cubierta. Este beneficio es pagadero para un tratamiento inicial que se recibe bajo el cuidado de un médico cuando el asegurado visita uno de los siguientes:</p> <p>Sala de emergencia de un hospital con radiografía/sin radiografía</p> <p>Centro de cuidado urgente con radiografía/sin radiografía</p> <p>Centro o consultorio de un médico (que no sea una sala de emergencia de un hospital o cuidado urgente) con radiografía/sin radiografía</p>	<p>\$350/\$150</p> <p>\$350/\$150</p> <p>\$275/\$75</p>
<p>AMBULANCIA (dentro de los 90 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado recibe transporte a través de un servicio de ambulancia profesional debido a una lesión accidental cubierta.</p>	<p>\$400 por tierra</p> <p>\$1,500 por aire</p>
<p>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPALES (una por accidente, dentro de los 6 meses del accidente) Pagadero cuando el asegurado requiere uno de los siguientes exámenes: Tomografía computarizada (Computerized Tomography, CT/Computed Axial Tomography, CAT), resonancia magnética nuclear (Magnetic Resonance Imaging, MRI) o electroencefalograma (Electroencephalography, EEG) debido a una lesión accidental cubierta. Estas pruebas deben realizarse en un hospital, en el consultorio de un médico, un centro de imágenes y diagnóstico médico o un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>\$300</p>
<p>SANGRE/PLASMA/PLAQUETAS (1 vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero por cada día que un asegurado recibe sangre, plasma o plaquetas debido a una lesión accidental cubierta.</p>	<p>\$400</p>
<p>TRATAMIENTO DEL DOLOR (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero cuando a un asegurado, debido a una lesión accidental cubierta, se le receta y recibe una ablación y/o un bloqueo de nervios o se le administra una inyección epidural en la columna. Este beneficio solo es pagadero para técnicas de tratamiento del dolor (como se muestra anteriormente) que se administran en un hospital o en el consultorio de un médico. Este beneficio no es pagadero por una epidural administrada durante un procedimiento quirúrgico.</p>	<p>\$100</p>
<p>CONMOCIÓN (una vez por accidente, dentro de los seis meses después del accidente) Pagadero cuando un médico diagnostica a un asegurado una conmoción debido a un accidente cubierto.</p>	<p>\$300</p>
<p>COMA (una vez por accidente) Pagadero cuando un asegurado está en coma durante 14 días o más como resultado de un accidente cubierto. A los efectos de este beneficio, coma significa un estado profundo de inconsciencia causado por un accidente cubierto.</p>	<p>\$10,000</p>
<p>TRABAJO DENTAL DE EMERGENCIA (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero cuando los dientes naturales de un asegurado sufren una lesión como resultado de un accidente cubierto.</p>	<p>\$100 Extracción</p> <p>\$300 Reparación con corona</p>
<p>LESIONES OCULARES Pagadero por lesiones oculares si, debido a un accidente cubierto, un médico extrae un cuerpo extraño del ojo, con o sin anestesia.</p>	<p>\$300</p>
<p>LACERACIONES (una vez por accidente, dentro de los 7 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado sufre una laceración en un accidente cubierto y la laceración es reparada por un médico. Por laceraciones múltiples, pagaremos un máximo del 200 % del beneficio por la laceración simple más grande. Laceraciones que necesitan puntos (incluido el adhesivo para piel líquido):</p> <p>Más de 15 centímetros</p> <p>5 a 15 centímetros</p> <p>Menos de 5 centímetros</p> <p>Laceraciones que no requieran suturas</p>	<p>\$600</p> <p>\$300</p> <p>\$75</p> <p>\$25</p>

QUEMADURAS (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente) Pagadero cuando un asegurado se quema en un accidente cubierto y es tratado por un médico. Pagaremos de acuerdo con el porcentaje de la superficie corporal quemada. Las quemaduras de primer grado no están cubiertas.

Segundo grado

Menos del 10 %	\$100
Al menos, el 10 %, pero menos del 25 %	\$200
Al menos, el 25 %, pero menos del 35 %	\$500
35 % o más	\$1,000

Tercer grado

Menos del 10 %	\$1,000
Al menos, el 10 %, pero menos del 25 %	\$5,000
Al menos, el 25 %, pero menos del 35 %	\$10,000
35 % o más	\$20,000

FRACTURAS (una vez por accidente, dentro de los 90 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado se fractura un hueso debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la fractura requiere reducción abierta, el 200 % del beneficio es pagadero por ese hueso. Para fracturas múltiples (más de un hueso fracturado en un accidente), pagaremos un máximo del 200 % de la cantidad del beneficio por el hueso fracturado al que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una fractura astillada (una parte de hueso que está completamente fracturada cerca de una articulación), pagaremos el 25 % de la cantidad por el hueso afectado. Este beneficio no es pagadero por fracturas por estrés.

EMPLEADO/CÓNYUGE/HIJO	REDUCCIÓN ABIERTA	REDUCCIÓN CERRADA
Cadera/fémur	\$9,500	\$4,750
Vértabras/esternón (excepto procesos)	\$8,550	\$4,275
Pelvis	\$7,600	\$3,800
Cráneo (hundido)	\$7,125	\$3,562.50
Pierna	\$5,700	\$2,850
Antebrazo/mano/muñeca	\$4,750	\$2,375
Pie/tobillo/rótula	\$4,750	\$2,375
Omóplato/clavícula	\$3,800	\$1,900
Maxilar inferior (mandíbula)	\$3,800	\$1,900
Cráneo (simple)	\$3,325	\$1,662.50
Brazo superior/maxilar superior	\$3,325	\$1,662.50
Huesos faciales (excepto los dientes)	\$2,850	\$1,425
Procesos vertebrales/sacro	\$1,900	\$950
Cóccix/costilla/dedo de la mano/dedo del pie	\$760	\$380

LUXACIONES (una vez por accidente, dentro de los 90 días después del accidente) Pagadero cuando un asegurado sufre una luxación en una articulación debido a un accidente cubierto y es tratado por un médico. Si la luxación requiere reducción abierta, el 200 % del beneficio es pagadero por esa articulación. Pagaremos los beneficios solamente por la primera luxación de una articulación. No pagaremos por luxaciones recurrentes de la misma articulación. Si el asegurado sufre una luxación de una articulación antes de la fecha de vigencia de su certificado y luego sufre una luxación en la misma articulación nuevamente, no estará cubierto por este plan. Para luxaciones múltiples (más de una articulación luxada en un accidente), pagaremos un máximo del 200 % de la cantidad del beneficio por la articulación luxada a la que corresponda la cantidad en dólares más alta. Para una luxación parcial (la articulación no está completamente separada, incluida una subluxación), pagaremos el 25 % de la cantidad por la articulación afectada.

EMPLEADO/CÓNYUGE/HIJO	REDUCCIÓN ABIERTA	REDUCCIÓN CERRADA
Cadera	\$8,000	\$4,000
Rodilla	\$5,200	\$2,600
Hombro	\$4,000	\$2,000
Pie/tobillo	\$3,200	\$1,600
Mano	\$2,800	\$1,400
Maxilar inferior	\$2,400	\$1,200
Muñeca	\$2,000	\$1,000
Codo	\$1,600	\$800
Dedo de la mano/dedo del pie	\$640	\$320

TARIFA DEL CENTRO POR CIRUGÍA AMBULATORIA (cirugía realizada en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, dentro del año después del accidente) Pagadero una vez al año por cada beneficio de anestesia y cirugía ambulatoria elegible (en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio).

\$300

CIRUGÍA AMBULATORIA Y ANESTESIA (por día/máximo de un procedimiento por accidente, en el plazo de un año desde el accidente)

Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un médico realiza un procedimiento quirúrgico ambulatorio a un asegurado en el consultorio de un médico, centro de cuidados urgentes, sala de emergencia, hospital o centro de cirugía ambulatoria. El procedimiento quirúrgico no incluye reparación de laceraciones. Si un procedimiento quirúrgico ambulatorio es cubierto en virtud de otro beneficio en este plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.

Consultorio de un médico/
Centro de cuidado urgente/
Sala de emergencia
\$50

Hospital/
Centro de cirugía ambulatoria
\$400

ANESTESIA Y CIRUGÍA COMO PACIENTE INTERNO (por día/máximo de un procedimiento por accidente/dentro del año después del accidente) Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un médico realiza un procedimiento quirúrgico a un asegurado como paciente internado. La cirugía debe realizarse mientras el asegurado está hospitalizado en un hospital como paciente interno. Si un procedimiento quirúrgico como paciente interno es cubierto en virtud de otro beneficio en el plan, pagaremos la cantidad de beneficio más alta.

\$1,500

TRANSPORTE (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, 3 veces por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero por transporte si, debido a un accidente cubierto, un asegurado se lesiona y requiere un tratamiento hospitalario o estudio de diagnóstico recomendado por un médico que no está disponible en la ciudad de residencia del asegurado.

\$500

Avión

\$200

Cualquier transporte por tierra

BENEFICIO DE SUCESOR ASEGURADO

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

Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir, entre otros, la reparación quirúrgica de: rotura de disco, tendones/ligamentos, hernia, manguito rotatorio, desgarró del cartílago de la rodilla, injertos de piel, prótesis articular, lesiones internas que requieran cirugía abierta abdominal o torácica, cirugía exploratoria (con o sin reparación), etc., a menos que se indique lo contrario debido a una lesión accidental.

BENEFICIOS DESPUÉS DE LA ATENCIÓN MÉDICA**MONTO DEL BENEFICIO****APARATOS MÉDICOS** (dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero si, como resultado de una lesión sufrida en un accidente cubierto, un médico le recomienda a un asegurado usar un aparato médico que figura en la lista como ayuda para la locomoción personal.

Bastón, aparato ortopédico para el tobillo, botas para caminar, muletas, aparato ortopédico para la pierna, collares cervicales, silla de ruedas, monopatín para la rodilla, corsé de sujeción toraco-lumbo-sacro, corsé ortopédico

\$100

TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO DEL ACCIDENTE (máximo de 2 por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente siempre y cuando el tratamiento inicial sea dentro de los 7 días del accidente)

Pagadero para un tratamiento de seguimiento indicado por el médico para lesiones sufridas en un accidente cubierto. Los tratamientos de seguimiento no incluyen logopedia, terapia física o ergoterapia. Los procedimientos de acupuntura o quiropraxia no se consideran tratamiento de seguimiento.

\$75

UNIDAD DE REHABILITACIÓN (máximo de 31 días por hospitalización, no más de 62 días por año calendario para cada asegurado)

Pagadero por cada día que, debido a una lesión accidental cubierta, un asegurado recibe tratamiento como paciente interno en un centro de rehabilitación. Para que este beneficio sea pagadero, el asegurado debe ser transferido al centro de rehabilitación para recibir tratamiento después de una hospitalización como paciente interno.

No pagaremos el beneficio por centro de rehabilitación por los mismos días que se pague el beneficio de hospitalización. Pagaremos el beneficio que califique más alto.

\$100
por día**TERAPIA** (máximo de 10 por accidente, a partir de los 90 días después del accidente siempre y cuando el tratamiento inicial sea dentro de los 7 días del accidente)

Pagadero si, debido a lesiones sufridas en un accidente cubierto, un asegurado recibe un tratamiento de terapia indicado por un médico en una de las siguientes categorías: terapia física proporcionada por un fisioterapeuta con licencia, ergoterapia proporcionada por un terapeuta ocupacional con licencia o logopedia proporcionada por un terapeuta del habla con licencia.

\$50

TERAPIA ALTERNATIVA O QUIROPRACTICA (máximo de 3 por accidente, a partir de los 90 días después del accidente, siempre y cuando el tratamiento inicial sea dentro de los 7 días del accidente)

Pagadero si, debido a lesiones sufridas en un accidente cubierto, un asegurado recibe tratamiento de acupuntura o quiropraxia.

\$50

BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**MONTO DEL BENEFICIO****INGRESO EN UN HOSPITAL** (una vez por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero cuando un asegurado ingresa a un hospital y es hospitalizado como un paciente interno debido a una lesión accidental cubierta.

Este beneficio no es pagadero por hospitalización en una unidad de observación, ni por tratamiento en sala de emergencia, ni por tratamiento ambulatorio.

\$1,000
por
hospitalización**HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL** (máximo de 365 días por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero por cada día que un asegurado es hospitalizado como un paciente interno debido a una lesión accidental cubierta.

Si pagamos beneficios por hospitalización y el asegurado es hospitalizado nuevamente dentro de los seis meses debido a la misma lesión accidental, trataremos esta hospitalización como el mismo período de hospitalización.

Este beneficio es pagadero solamente por una hospitalización por vez, incluso si la hospitalización es causada por más de una lesión accidental. Este beneficio no es pagadero por la hospitalización en una unidad de observación, ni centro de rehabilitación.

\$200
por día**CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL** (máximo de 15 días por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero por cada día que un asegurado es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital debido a una lesión accidental cubierta.

Pagaremos beneficios para una sola hospitalización en una unidad de cuidados intensivos de un hospital por vez, incluso si la hospitalización es causada por más de una lesión accidental cubierta.

Si pagamos beneficios por el ingreso en una unidad de cuidados intensivos del hospital, y se ingresa nuevamente a un asegurado en una unidad de cuidados intensivos del hospital dentro de los seis meses debido a la misma lesión accidental, trataremos esta hospitalización como el mismo período de hospitalización.

\$500
por día

Este beneficio es pagadero adicional al Beneficio por Hospitalización.

ALOJAMIENTO DE FAMILIAR (más de 100 millas desde la residencia del asegurado, máximo de 30 días por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente)

Pagadero por cada noche que se aloje en una propiedad de hotel/motel/de alquiler para un miembro adulto de la familia inmediata del asegurado. Para que este beneficio sea pagadero:

- El asegurado debe requerir una hospitalización por un tratamiento o lesión.
- El hospital y el hotel/motel deben encontrarse a más de 100 millas de la residencia del asegurado.
- El tratamiento debe ser indicado por el médico que trata al asegurado.

\$150
por día

BENEFICIOS POR EVENTOS QUE CAMBIAN LA VIDA

PARÁLISIS (una vez por accidente, diagnosticado por un médico dentro de los seis meses después del accidente)

Pagadero si un asegurado sufre la pérdida permanente de movimiento de dos o más miembros durante más de 90 días (en Utah, 30 días) como resultado de una lesión accidental cubierta.

Paraplejía

\$5,000

Tetraplejía

\$10,000

PRÓTESIS (una vez por accidente, hasta 2 dispositivos protésicos y un reemplazo por dispositivo por asegurado)*

Pagadero cuando un asegurado recibe un dispositivo protésico, indicado por un médico, como resultado de una lesión accidental cubierta.

Prótesis/dispositivo protésico significa un dispositivo artificial diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo. Este beneficio no es pagadero para audífonos, pelucas o dispositivos de ortodoncia (que incluyan dientes postizos), la reparación ni el reemplazo de dispositivos protésicos* o el reemplazo de articulaciones.

\$1,000

* Pagaremos este beneficio nuevamente una vez para cubrir el reemplazo de una prótesis para la cual se pagó un beneficio, siempre y cuando el reemplazo tenga lugar dentro de los tres años del pago del beneficio inicial.

MODIFICACIÓN DE UN VEHÍCULO/LA RESIDENCIA (una vez por accidente, dentro del año después del accidente)

Pagadero por una modificación estructural permanente en el vehículo o la residencia principal de un asegurado cuando el asegurado sufre la pérdida irrevocable o permanente y total de uno de los siguientes, debido a una lesión accidental cubierta:

- La vista de un ojo.
- El uso de una mano/un brazo.
- El uso de un pie/una pierna.

\$1,000

COBERTURA

TARIFAS MENSUALES

Empleado	\$9.67
Empleado y cónyuge	\$15.86
Empleado e hijos a cargo	\$19.85
Familia	\$26.04

EXCLUSIONES INICIALES POR ACCIDENTE

EXCLUSIONES

Las exclusiones del plan se aplican a todas las cláusulas adicionales a menos que se indique lo contrario.

No pagaremos beneficios por lesiones accidentales, incapacidad o fallecimiento que hayan sido causados por las siguientes circunstancias o respecto de los cuales las siguientes circunstancias hayan sido un factor contribuyente:

- **Guerra:** participar voluntariamente en guerras, en cualquier acto de guerra o conflicto militar, declarado o no; o participar o servir voluntariamente en las fuerzas armadas o grupos auxiliares de esas fuerzas de cualquier país o autoridad internacional o celebrar contratos con estos. (Devolveremos la prima prorrateada por cualquier período no cubierto por el certificado cuando el asegurado se encuentra en dicho servicio). Guerra también incluye participar voluntariamente en una insurrección o un disturbio.
- **Suicidio:** suicidarse o intentar suicidarse mientras estaba en su sano juicio o demente.
- **Enfermedad:** padecer cualquier enfermedad o afección o proceso degenerativo físico/mental. Tampoco pagaremos beneficios por:
 - Reacciones alérgicas.
 - Cualquier infección o infestación bacteriana, vírica o por microorganismo que resulte de la picadura o mordida de un insecto, arácnido u otro artrópodo.
 - Un error, percance o negligencia profesional durante un procedimiento o tratamiento quirúrgico, de diagnóstico o médico para cualquier enfermedad.
 - Cualquier tratamiento médico/quirúrgico o procedimientos de diagnóstico para dicha enfermedad.
- **Lesiones autoinfligidas:** lesionarse o intentar lesionarse intencionalmente.
- **Participar en carreras:** conducir o estar a bordo de cualquier vehículo a motor en una carrera, espectáculo de acrobacias o prueba de velocidad, de forma profesional o semiprofesional.
- **Ocupación ilegal:** participar voluntariamente, cometer o intentar cometer un delito grave, trabajar voluntariamente o participar en una ocupación o trabajo ilegal.
- **Deportes:** participar en cualquier deporte organizado de forma profesional, para obtener un pago o una ganancia.
- **Cirugía cosmética:** someterse a una cirugía cosmética o a otros procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios ("cirugía cosmética" no incluye cirugía reparadora cuando el servicio está relacionado con una cirugía que resulta de un accidente cubierto o se produce después de uno); o someterse a un tratamiento dental salvo que sea resultado de un accidente cubierto.

Para la cobertura de 24 horas, no se aplicarán las siguientes exclusiones:

Una lesión que surja de cualquier empleo.

Una lesión o una enfermedad cubiertas por la compensación para trabajadores.

PUEDA CONTINUAR SU COBERTURA

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su seguro finalizará en la fecha de terminación del plan, el día 31.º posterior a la fecha de vencimiento de la prima si no se ha pagado la prima, o en la fecha en que usted ya no sea miembro de una clase que califica. Si su cobertura

finaliza, proporcionaremos beneficios para reclamaciones válidas que hayan surgido mientras su cobertura estaba vigente. Consulte el certificado para obtener más detalles.

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

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

Continental American Insurance Company, Columbia, Carolina del Sur

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

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