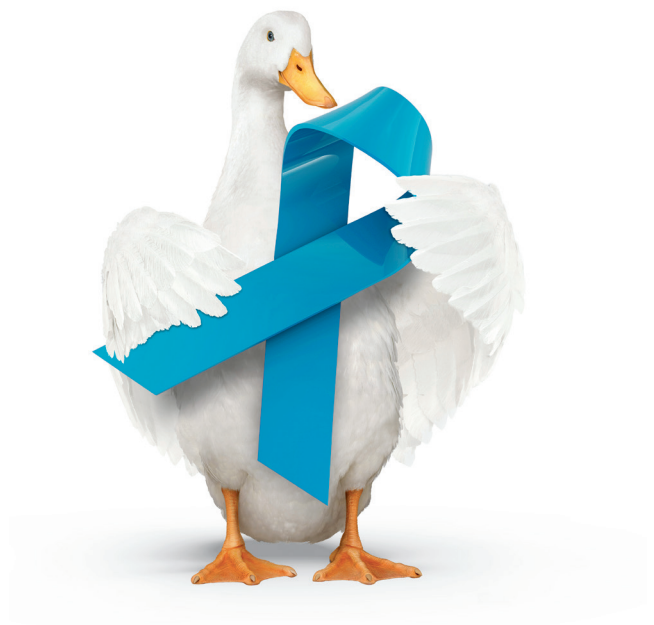


Aflac

Cancer Protection Assurance

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA, CÁNCER – OPCIÓN 2

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



LA PÓLIZA ES UN SUPLEMENTO PARA EL SEGURO MÉDICO Y NO ES UN SUSTITUTO DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. NO TENER COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PODRÍA OCASIONAR UN COSTO ADICIONAL EN SUS IMPUESTOS.

AFLAC CANCER PROTECTION ASSURANCE

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA, CÁNCER – OPCIÓN 2

Póliza de la Serie B70200PA; Cláusulas Adicionales B70050PA, B70051, and B70052PA



Estamos ahí cuando más nos necesita

La desafortunada realidad es que el cáncer afecta a casi todos en algún momento de sus vidas, ya sea a usted mismo o a un ser querido. Pero cada persona tiene una historia única, especialmente cuando se trata del tratamiento del cáncer. Creemos que, si se enfrenta a un diagnóstico de cáncer, necesita soluciones reales que lo ayuden a enfrentar los retos financieros, físicos y emocionales que a menudo experimentan los pacientes con cáncer y sus familiares antes, durante y después del tratamiento.

Desde 1958, Aflac ha sido pionera en seguros contra el cáncer. A medida que los protocolos de tratamiento del cáncer han cambiado, nuestra cobertura ha evolucionado para ayudar a cubrir los costos de esos tratamientos innovadores y ofrecer soluciones que lo empoderan para buscar tratamiento, a la vez que aligera las preocupaciones financieras que a menudo lo acompañan.

Beneficios pagados directamente a usted

Aflac Cancer Protection Assurance le paga beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que sean asignados de otro modo, cuando más los necesite. Si alguna vez es diagnosticado con un cáncer cubierto por la póliza, estos beneficios son más importantes que nunca. ¿Por qué? Porque el tratamiento contra el cáncer puede ser costoso.

El seguro médico nunca tuvo la intención de cubrir algunos gastos, tales como los deducibles, copagos, tiempo fuera del trabajo o incluso viajes. Aflac Cancer Protection Assurance puede ayudar con los gastos relacionados con el cáncer como los mencionados.



Entienda la diferencia que Aflac hace en su seguridad económica.

Aflac le paga beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que sean asignados de otro modo. Esto significa que puede tener recursos financieros adicionales para ayudarle con los gastos incurridos debido al tratamiento médico, con los gastos continuos de la vida diaria o para lo que usted decida.

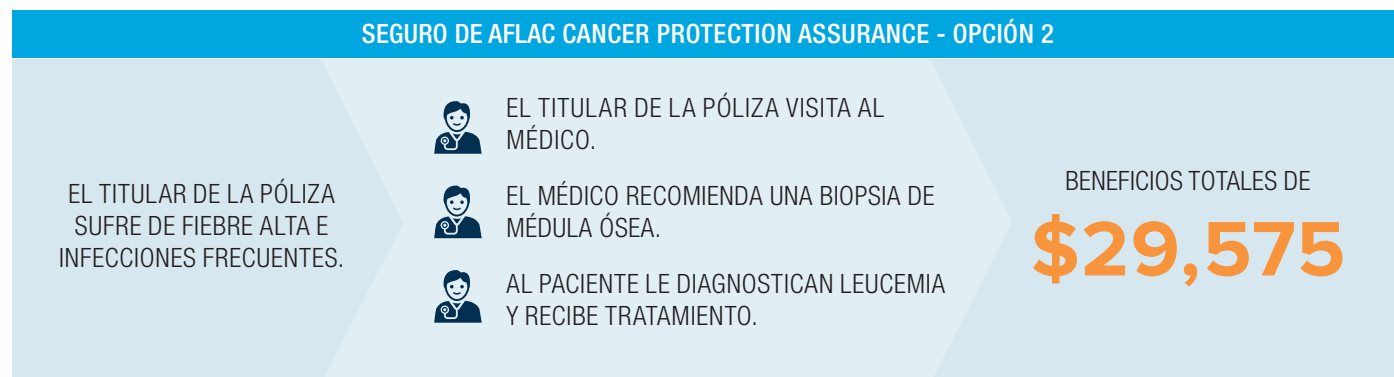
Aflac Cancer Protection Assurance permanece con usted durante toda su vida*

Estamos con usted, aun cuando está sano. Pagamos un beneficio por detección temprana y cuidado preventivo, como mamogramas, análisis de sangre PSA y diferentes tipos de pruebas para la detección del cáncer.

Estaremos presentes a lo largo de todo su tratamiento. Si a usted le diagnostican cáncer, le ofrecemos beneficios con los que puede contar. Usted recibirá un beneficio en el momento del diagnóstico de un cáncer cubierto, y nuestro apoyo no termina ahí.

Le ofrecemos la libertad para que usted elija el mejor cuidado para su salud. Usted y su médico deciden juntos un plan de tratamiento; le brindamos apoyo financiero por cada mes que esté recibiendo dicho tratamiento. ¿Desea una segunda opinión? También proveemos un beneficio para eso.

Cómo funciona



Lo anterior se basa en un ejemplo para Aflac Cancer Protection Assurance – Opción 2 con tres unidades de la Cláusula Adicional del Beneficio de Diagnóstico con Incrementos Progresivos (comprada tres años antes de la reclamación) e incluye las condiciones de los siguientes beneficios: Beneficio por Diagnóstico de \$5,000, Cláusula Adicional del Beneficio de Diagnóstico con Incrementos Progresivos (tres unidades por tres años) de \$900, Biopsia de Médula Ósea (Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer) de \$75, Quimioterapia Intravenosa por 3 meses (Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental Administrada por un Médico) de \$4,800, Inmunoterapia (Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental Administrada por un Médico) por 6 meses de \$9,600, Beneficio por Medicamentos Antieméticos (9 meses) de \$900, Beneficio de Trasplante de Células Madre de \$7,000, Beneficio por Hospitalización (4 días) de \$800, Beneficio por Cuidado Anual (pagado en el primer aniversario del diagnóstico) de \$500.

*La cobertura permanece vigente mientras se paguen las primas.

Los beneficios y/o las primas pueden variar basándose en el estado y la opción de beneficio seleccionada. Las cláusulas adicionales están disponibles por un costo adicional. La póliza/cláusulas adicionales tienen limitaciones, exclusiones y limitaciones de condición de salud preexistente que pueden afectar los beneficios pagaderos. La póliza y ciertas cláusulas adicionales contienen un período de espera de 30 días. Este folleto es para fines ilustrativos solamente. Consulte la póliza/cláusulas adicionales para obtener todos los detalles sobre los beneficios, las definiciones, limitaciones y exclusiones.

Para obtener más información, consulte a su agente/productor de seguros, llame al 1.800.992.3522; en español al 1.800.742.3522, o visite aflac.com.

Resumen de los beneficios Escoja la Póliza y las Cláusulas Adicionales que se Ajusten a Sus Necesidades

BENEFICIO:	DESCRIPCIÓN:
DIAGNÓSTICO	Asegurado Nombrado o Cónyuge: \$5,000 Hijo Dependiente: \$10,000 Pagadero una vez por persona cubierta, de por vida
RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA EXPERIMENTAL	Autoadministrada: \$375 por mes calendario Administrada por un Médico: \$1,600 por mes calendario Este beneficio está limitado a un tratamiento autoadministrado y un tratamiento administrado por un médico, por mes calendario
CUIDADO ANUAL	\$500 en la fecha de aniversario del diagnóstico; límite máximo de por vida de cinco pagos anuales de \$500 por persona cubierta
PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER	Un beneficio de \$75 por año calendario, por persona cubierta El beneficio aumentará a tres pruebas de detección por año calendario después del diagnóstico de cáncer interno o de una condición cancerosa asociada
CIRUGÍA PREVENTIVA (DEBIDO A UN RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA GENÉTICA)	\$250 por persona cubierta, de por vida
OPINIÓN ADICIONAL	\$300 por persona cubierta, de por vida
TERAPIA HORMONAL	\$25 una vez por mes calendario
QUIMIOTERAPIA TÓPICA	\$150 una vez por mes calendario
MEDICAMENTOS ANTIEMÉTICOS	\$100 una vez por mes calendario
TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE Y MÉDULA ÓSEA	\$7,000; límite máximo de por vida de \$7,000 por persona cubierta Beneficio para el Donante: \$100 por donación de células madre, o \$750 por donación de médula ósea Pagadero una vez por persona cubierta
SANGRE Y PLASMA	Paciente interno: \$50 multiplicado por el número de días pagados bajo el Beneficio por Hospitalización, por persona cubierta Paciente ambulatorio: \$175 por día, por persona cubierta
CIRUGÍA/ANESTESIA	\$100-\$3,400 Anestesia: 25% adicional al Beneficio por Cirugía El beneficio máximo diario no excederá \$4,250; no hay límite máximo de por vida en el número de operaciones
CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL	Láser o Criocirugía: \$35 Escisión de lesión de la piel sin colgajo o injerto: \$170 Colgajo o injerto sin escisión: \$250 Escisión de lesión de la piel con colgajo o injerto: \$400 El beneficio máximo diario no excederá \$400. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones
CIRUGÍA PREVENTIVA (CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INTERNO CORRELACIONADO)	\$250 por persona cubierta, de por vida
HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS	Asegurado Nombrado o Cónyuge: \$200 Hijo Dependiente: \$250
HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS	Asegurado Nombrado o Cónyuge: \$400 Hijo Dependiente: \$500

CARGO DE QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO	\$200 por día, por persona cubierta						
CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA	\$100 por día; limitado a 30 días por cada año calendario, por persona cubierta						
ASISTENCIA MÉDICA EN EL HOGAR	\$100 por día; limitado a 10 días por hospitalización, por persona cubierta; y 30 días por año calendario, por persona cubierta						
ASISTENCIA MÉDICA PARA ENFERMOS TERMINALES	\$1,000 por el primer día; a partir de entonces \$50 por día; límite máximo de por vida de \$12,000 por persona cubierta						
SERVICIOS DE ENFERMERÍA	\$100 por día; solo es pagadero por el número de días que el Beneficio por Hospitalización es pagadero						
PRÓTESIS QUIRÚRGICA	\$2,000; límite máximo de por vida de \$4,000 por persona cubierta						
PRÓTESIS NO QUIRÚRGICA	\$175 por incidencia, por persona cubierta; límite máximo de por vida de \$350 por persona cubierta						
RECONSTRUCCIÓN DE MAMAS	<p>Procedimientos con Colgajo para la Reconstrucción del Tejido/Músculo Mamario: \$2,000</p> <p>Reconstrucción de Mamas (que ocurre dentro de los 5 años del diagnóstico de cáncer de mama): \$500</p> <p>Simetría de Mamas (en la mama no afectada que ocurre dentro de los 5 años de la reconstrucción de mama): \$220</p> <p>Repigmentación Permanente de la Areola (en la mama afectada): \$100</p> <p>El beneficio máximo diario no excederá \$2,000</p>						
OTRA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	<p>Reconstrucción Facial: \$500</p> <p>Anestesia: 25% adicional al Beneficio por Otra Cirugía Reconstructiva</p> <p>El beneficio máximo diario no excederá \$500</p>						
RECOLECCIÓN, PRESERVACIÓN DE ÓVULOS (CRIOPRESERVACIÓN) E IMPLANTES	<p>\$1,000 cuando a una persona cubierta se le extraigan y recolecten ovocitos</p> <p>\$200 por el almacenamiento de ovocito(s) o de espermatozoides de una persona cubierta</p> <p>\$200 por la transferencia del embrión</p> <p>Límite máximo de por vida de \$1,400 por persona cubierta</p>						
AMBULANCIA	<p>\$250 ambulancia terrestre</p> <p>\$2,000 ambulancia aérea</p>						
TRANSPORTE	\$.40 centavos por milla para el transporte; pagadero hasta un máximo combinado de \$1,200, por viaje de ida y vuelta						
ALOJAMIENTO	\$65 por día; limitado a 90 días por año calendario						
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Sí						
CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES:	DESCRIPCIÓN:						
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS	Este beneficio aumentará la cantidad del Beneficio por Diagnóstico como se muestra en la póliza, por \$100 por cada unidad adquirida, hasta cinco unidades, para cada persona cubierta en la fecha de aniversario de la cobertura mientras la cobertura permanezca en vigencia.						
CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA	<p>Cuando una persona cubierta es diagnosticada con cualquiera de las enfermedades listadas en la Cláusula Adicional del Beneficio por Enfermedad Específica:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico</th> <th colspan="2">Hospitalización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$2,000</td> <td>30 días o menos; \$400 por día</td> <td>31 días o más; \$800 por día</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnóstico	Hospitalización		\$2,000	30 días o menos; \$400 por día	31 días o más; \$800 por día
Diagnóstico	Hospitalización						
\$2,000	30 días o menos; \$400 por día	31 días o más; \$800 por día					
CLÁUSULA ADICIONAL PARA HIJO DEPENDIENTE	\$10,000 cuando a un hijo dependiente cubierto se le haya diagnosticado cáncer interno o una condición cancerosa asociada; pagadero solo una vez por cada hijo dependiente cubierto						

CONSULTE LAS SIGUIENTES PÁGINAS PARA OBTENER DETALLES SOBRE LOS BENEFICIOS, LAS DEFINICIONES, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.

COBERTURA DE AFLAC CANCER PROTECTION ASSURANCE

BENEFICIO LIMITADO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA, COBERTURA POR CÁNCER
Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza B70200PA
ESTA NO ES UNA COBERTURA 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*) proporcionada por Aflac.

- (1) **Lea Su Póliza Detenidamente:** Este Resumen de la Cobertura proporciona una breve descripción de algunas de las características importantes de la póliza. Este no es el contrato del seguro y solo regirán las disposiciones actuales especificadas 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 LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.
- (2) **Beneficio Limitado de Enfermedad Específica, Cobertura por Cáncer** está diseñado para proporcionar, a las Personas Cubiertas, cobertura restringida, limitada, que paga los beneficios SOLO cuando ciertas pérdidas ocurran como resultado de enfermedades específicas. No se provee cobertura por los gastos básicos de hospitalización, por servicios médico-quirúrgicos básicos, ni por los gastos médicos principales.
- (3) **Beneficios:** Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, mientras la cobertura esté en vigencia, sujeto a todas las demás limitaciones y exclusiones, condiciones y disposiciones de la póliza, a menos que se indique lo contrario. Todos los tratamientos indicados a continuación deberán estar aprobados por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) o por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, según corresponda.

BENEFICIO POR PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER: Aflac pagará \$75 por Año Calendario cuando una Persona Cubierta recibe uno de los siguientes:

mamograma • ecografía mamaria • MRI de mamas • termografía • CA15-3 (análisis de sangre para detectar el cáncer de mama) • CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario) • Prueba de Papanicolaou/ThinPrep • PSA (análisis de sangre para detectar el cáncer de próstata) • CEA (análisis de sangre para detectar el cáncer de colon) • electroforesis de proteína P32 en suero (análisis de sangre para detectar el mieloma múltiple) • ecografía testicular • ecografía transrectal • ecografía abdominal • sigmoidoscopia flexible • colonoscopia • colonoscopia virtual • cistoscopia • colposcopia • broncoscopia • mediastinoscopia •

esofagoscopia • sigmoidoscopia • proctosigmoidoscopia • gastroscopia • laringoscopia • radiografía de tórax • tomografía computarizada (CT o CAT scan) • imagen de resonancia magnética (MRI) • gammagrafía ósea • gammagrafía tiroidea • gammagrafía de ventriculografía isotópica (MUGA) • tomografía por emisión de positrones (PET) • biopsia • muestra de materia fecal para detectar sangre oculta (confirmada por el laboratorio) • Pruebas Genéticas • prueba de detección del donante de médula ósea • vacuna contra el cáncer.

Este beneficio está limitado a un pago de \$75 por Año Calendario, por Persona Cubierta, sin un Diagnóstico Médico Positivo. Si una Persona Cubierta recibe un Diagnóstico Médico Positivo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada, este beneficio pagará hasta un total de tres pagos de \$75 por Año Calendario por pruebas de detección realizadas a dicha Persona Cubierta. Las pruebas de detección deben ser realizadas por un personal médico autorizado. Excepto, la Prueba Genética, la prueba de detección del donante de médula ósea y de la vacuna contra el cáncer; la prueba de detección debe llevarse a cabo con el propósito de determinar si existe el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada en una Persona Cubierta. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR CIRUGÍA PREVENTIVA (DEBIDO A UN RESULTADO POSITIVO DE LA PRUEBA GENÉTICA):

Aflac pagará \$250 cuando una Persona Cubierta es sometida a una cirugía debido a un resultado positivo recibido en una prueba de alteración genética o mutación asociada con un síndrome de Cáncer hereditario y dicha cirugía es recomendada por un Médico. La Prueba Genética debe llevarse a cabo mientras la cobertura esté en vigencia.

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.

BENEFICIOS POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:

BENEFICIO POR DIAGNÓSTICO: Aflac pagará la cantidad que se muestra a continuación cuando una Persona Cubierta es diagnosticada con Cáncer Interno o con una Condición Cancerosa Asociada mientras la póliza esté vigente, sujeto a las Limitaciones y Exclusiones.

American Family Life Assurance Company of Columbus
(herein referred to as Aflac)
Worldwide Headquarters • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999
Toll-Free 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)

LIMITED BENEFIT SPECIFIED DISEASE, CANCER COVERAGE
Outline of Coverage for Policy Form B70200PA
THIS IS NOT MEDICARE SUPPLEMENT COVERAGE.

If you are eligible for Medicare, review the “Guide to Health Insurance for People with Medicare” furnished by Aflac.

(1) **Read Your Policy Carefully:** This Outline of Coverage provides a very brief description of some of the important features of the policy. This is not the insurance contract and only the actual policy provisions will control. The policy itself sets forth, in detail, the rights and obligations of both you and Aflac. It is, therefore, important that you READ YOUR POLICY CAREFULLY.

(2) **Limited Benefit Specified Disease, Cancer Coverage** is designed to provide, to Covered Persons limited, restricted coverage paying benefits ONLY when certain losses occur as a result of specified diseases. Coverage is not provided for basic hospital, basic medical-surgical, or major medical expenses.

(3) **Benefits:** Aflac will pay the following benefits, as applicable, while coverage is in force, subject to all other limitations and exclusions, conditions, and provisions of the policy, unless indicated otherwise. All treatments listed below must be National Cancer Institute (NCI) or Food and Drug Administration (FDA) approved for the treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition, as applicable.

CANCER SCREENING BENEFIT: Aflac will pay \$75 per Calendar Year when a Covered Person receives one of the following:

mammogram • breast ultrasound • breast MRI • thermography • CA15-3 (blood test for breast cancer) • CA 125 (blood test for ovarian cancer) • Pap smear/ThinPrep • PSA (blood test for prostate cancer) • CEA (blood test for colon cancer) • P32 uptake serum protein electrophoresis (blood test for multiple myeloma) • testicular ultrasound • transrectal ultrasound • abdominal ultrasound • flexible sigmoidoscopy • colonoscopy • virtual colonoscopy • cystoscopy • colposcopy • bronchoscopy • mediastinoscopy • esophagoscopy • sigmoidoscopy • proctosigmoidoscopy • gastroscopy • laryngoscopy • chest X-ray • computerized tomography (CT or CAT scan) • magnetic resonance imaging (MRI) • bone scan • thyroid scan • multiple gated acquisition (MUGA) scan • positron emission tomography (PET) scan • biopsy • hemoccult stool specimen (lab confirmed)
• Genetic Testing • bone marrow donor screening • cancer vaccine

This benefit is limited to one \$75 payment per Calendar Year, per Covered Person, with no Positive Medical Diagnosis. If a Covered Person receives a Positive Medical Diagnosis for Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition, this benefit will pay up to a total of three \$75 payments per Calendar Year for screenings performed on such Covered Person. Screenings must be administered by licensed medical personnel. Except for Genetic Testing, bone marrow donor screening, and cancer vaccine, the screening must be performed for the purpose of determining whether Cancer or an Associated Cancerous Condition exists in a Covered Person. No lifetime maximum.

PROPHYLACTIC SURGERY BENEFIT (DUE TO A POSITIVE GENETIC TEST RESULT): Aflac will pay \$250 when a Covered Person has surgery due to a positive test result received for a genetic alteration or mutation associated with a hereditary Cancer syndrome and such surgery is recommended by a Physician. The Genetic Testing must be performed while coverage is in force.

This benefit is payable once per Covered Person, per lifetime.

CANCER DIAGNOSIS BENEFITS:

DIAGNOSIS BENEFIT: Aflac will pay the amount listed below when a Covered Person is diagnosed as having Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition while the policy is in force, subject to the Limitations and Exclusions.

Asegurado Nombrado o Cónyuge	\$5,000
Hijo Dependiente	\$10,000

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida. Además del Diagnóstico Médico Positivo, podemos requerir información adicional del Hospital y del Médico de cabecera.

BENEFICIO POR OPINIÓN ADICIONAL: Aflac pagará \$300 cuando se incurre en un cargo por la opinión adicional de un Médico sobre la intervención quirúrgica o por la evaluación o consulta con un Médico con el propósito de determinar el curso de tratamiento apropiado para un Cáncer Interno cubierto o una Condición Cancerosa Asociada cubierta. **Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.**

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO DE CÁNCER:

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO:

BENEFICIO POR RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, O QUIMIOTERAPIA EXPERIMENTAL:

AUTOADMINISTRADA: Aflac pagará \$375 una vez por Mes Calendario, por el cual una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental autoadministrada recetada por un Médico, como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

ADMINISTRADA POR UN MÉDICO: Aflac pagará \$1,600 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta le es recetada, recibe e incurre en un cargo por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental administrada por un miembro de la profesión médica en una Instalación Médica como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

Este beneficio está limitado a un tratamiento autoadministrado y un tratamiento administrado por un médico, por Mes Calendario. Después que este beneficio ha sido pagado durante 12 Meses Calendario, Aflac requerirá documentación anual del Médico de cabecera certificando que el Cáncer o la Condición Cancerosa Asociada aún está activo y es detectable en el cuerpo y no está en remisión, para que este beneficio continúe siendo pagadero.

BENEFICIO POR TERAPIA HORMONAL: Aflac pagará \$25 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta se le receta, recibe e incurre en un cargo por Terapia Hormonal como parte de un régimen de tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

BENEFICIO POR QUIMIOTERAPIA TÓPICA: Aflac pagará \$150 una vez por Mes Calendario, por el cual a una Persona Cubierta se le receta, recibe e incurre en un cargo por una

Quimioterapia Tópica para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada.

Para información adicional, vea la sección de Beneficios por Pago de Tratamiento No Quirúrgico.

BENEFICIOS POR TERAPIA INDIRECTA/ADICIONAL:

BENEFICIO POR MEDICAMENTOS ANTIEMÉTICOS: Aflac pagará \$100 una vez por Mes Calendario, por el cual una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por medicamentos antieméticos que sean recetados conjuntamente con Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental. Este beneficio es pagadero solo una vez por Mes Calendario y está limitado al Mes Calendario en el cual una persona recibe Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, al Mes Calendario anterior a dicho tratamiento y al Mes Calendario posterior a dicho tratamiento. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE Y MÉDULA ÓSEA: Aflac pagará \$7,000 cuando una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por un Trasplante de Células Madre periféricas o un Trasplante de Médula Ósea para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. El límite máximo de por vida es de \$7,000 por Persona Cubierta. Además, Aflac pagará al donante de la Persona Cubierta una indemnización monetaria por sus gastos como resultado del procedimiento de donación de la siguiente manera: \$100 por donación de células madre o \$750 por donación de médula ósea. Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR SANGRE Y PLASMA: Aflac pagará \$50 multiplicado por el número de días pagados bajo el Beneficio por Hospitalización, cuando una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por transfusiones de sangre y/o plasma para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada durante una Hospitalización cubierta. Aflac pagará \$175 por cada día que una Persona Cubierta recibe e incurre en un cargo por transfusiones de sangre y/o plasma para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada como paciente ambulatorio en un consultorio Médico, una clínica, un Hospital o en un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio no paga por inmunoglobulinas, Inmunoterapia, factores antihemofílicos o factores estimulantes de colonias. No hay límite máximo de por vida.

Named Insured or Spouse	\$5,000
Dependent Child	\$10,000

This benefit is payable once per Covered Person, per lifetime. In addition to the Positive Medical Diagnosis, we may require additional information from the attending Physician and Hospital.

ADDITIONAL OPINION BENEFIT: Aflac will pay \$300 when a charge is incurred for an additional surgical opinion from a Physician or an evaluation or consultation with a Physician for the purpose of determining the appropriate course of treatment for a covered Internal Cancer or Associated Cancerous Condition. **This benefit is payable once per Covered Person, per lifetime.**

CANCER TREATMENT BENEFITS:

NONSURGICAL TREATMENT BENEFITS:

RADIATION THERAPY, CHEMOTHERAPY, IMMUNOTHERAPY, OR EXPERIMENTAL CHEMOTHERAPY BENEFIT:

SELF-ADMINISTERED: Aflac will pay \$375 once per Calendar Month for which a Covered Person receives and incurs a charge for self-administered Physician-prescribed Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy as part of a treatment regimen for Cancer or an Associated Cancerous Condition.

PHYSICIAN-ADMINISTERED: Aflac will pay \$1,600 once per Calendar Month for which a Covered Person is prescribed, receives, and incurs a charge for Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy administered by a member of the medical profession in a Medical Facility as part of a treatment regimen for Cancer or an Associated Cancerous Condition.

This benefit is limited to one self-administered treatment and one physician-administered treatment per Calendar Month. After this benefit has been paid for 12 Calendar Months, Aflac will require annual documentation from the attending Physician certifying that the Cancer or Associated Cancerous Condition is still detectable and active in the body and is not in remission in order for this benefit to continue to be payable.

HORMONAL THERAPY BENEFIT: Aflac will pay \$25 once per Calendar Month for which a Covered Person is prescribed, receives, and incurs a charge for Hormonal Therapy as part of a treatment regimen for Cancer or an Associated Cancerous Condition.

TOPICAL CHEMOTHERAPY BENEFIT: Aflac will pay \$150 once per Calendar Month for which a Covered Person is prescribed, receives, and incurs a charge for a Topical Chemotherapy for the treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition.

See the Payment of Nonsurgical Treatment Benefits section for additional information.

INDIRECT/ADDITIONAL THERAPY BENEFITS:

ANTINAUSEA BENEFIT: Aflac will pay \$100 once per Calendar Month for which a Covered Person receives and incurs a charge for anti-nausea drugs that are prescribed in conjunction with Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy. This benefit is payable only once per Calendar Month and is limited to the Calendar Month in which a person receives Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy, the Calendar Month prior to such treatment, and the Calendar Month following such treatment. No lifetime maximum.

STEM CELL AND BONE MARROW TRANSPLANTATION BENEFIT: Aflac will pay \$7,000 when a Covered Person receives and incurs a charge for a peripheral Stem Cell Transplantation or a Bone Marrow Transplantation for the treatment of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition. Lifetime maximum of \$7,000 per Covered Person. In addition, Aflac will pay the Covered Person's donor an indemnity amount for his or her expenses as a result of the donation procedure as follows: \$100 for stem cell donation, or \$750 for bone marrow donation. This benefit is payable one time per Covered Person.

BLOOD AND PLASMA BENEFIT: Aflac will pay \$50 times the number of days paid under the Hospital Confinement Benefit when a Covered Person receives and incurs a charge for blood and/or plasma transfusions for the treatment of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition during a covered Hospital confinement. Aflac will pay \$175 for each day a Covered Person receives and incurs a charge for blood and/or plasma transfusions for the treatment of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition as an outpatient in a Physician's office, clinic, Hospital, or Ambulatory Surgical Center. This benefit does not pay for immunoglobulins, Immunotherapy, antihemophilia factors, or colony-stimulating factors. No lifetime maximum.

BENEFICIOS POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

BENEFICIO POR CIRUGÍA/ANESTESIA: Aflac pagará de acuerdo a los beneficios en el Cuadro de Operaciones de la póliza cuando a una Persona Cubierta se le realice un procedimiento quirúrgico para el tratamiento directo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada cubierta y se incurre en un cargo por dicho procedimiento quirúrgico. Si se realiza cualquier procedimiento quirúrgico para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada distinto a aquellos que están indicados, Aflac pagará una cantidad comparable a la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones para el procedimiento quirúrgico que más se asemeje en severidad y gravedad.

EXCEPCIONES: La Cirugía Preventiva y los procedimientos pagaderos bajo el Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer, el Beneficio por Cirugía de Cáncer de Piel o el Beneficio por Cirugía Reconstructiva no serán pagaderos bajo el Beneficio por Cirugía/Anestesia.

El Beneficio por Cirugía/Anestesia es pagadero solo una vez por período de 24 horas, aunque se realice más de un procedimiento quirúrgico. Se pagará el beneficio más alto que califique.

Aflac pagará un beneficio de indemnización equivalente al 25% de la cantidad que se muestra en el Cuadro de Operaciones, por la administración de anestesia durante una operación quirúrgica cubierta.

El beneficio máximo diario no excederá \$4,250. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

BENEFICIO POR CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL: Cuando una operación quirúrgica es realizada a una Persona Cubierta debido a un diagnóstico de Cáncer de piel, incluyendo Cáncer de Piel melanoma o No melanoma, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por el procedimiento específico. La cantidad indicada a continuación incluye los servicios de anestesia. El beneficio máximo diario no excederá \$400. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

Láser o Criocirugía \$ 35

Cirugías APARTE DE las de Láser o Criocirugía:

Escisión de lesión de la piel sin colgajo o injerto	170
Colgajo o injerto sin escisión	250
Escisión de lesión de la piel con colgajo o injerto	400

BENEFICIO POR CIRUGÍA PREVENTIVA (CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INTERNO

CORRELACIONADO): Aflac pagará \$250 cuando, según la recomendación de un Médico debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada, una de las Cirugías Preventivas que se muestran a continuación es realizada a una Persona Cubierta:

1. mastectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer de mama;
2. ovariectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer de ovario; o
3. orquiectomía debido a un diagnóstico cubierto de Cáncer Interno que no sea Cáncer testicular.

Este beneficio es pagadero una vez por Persona Cubierta, de por vida.

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIONES:

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada durante 30 días o menos, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno. No hay límite máximo de por vida.

Asegurado Nombrado o Cónyuge \$200

Hijo Dependiente \$250

HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS: Durante cualquier período continuo de Hospitalización de una Persona Cubierta para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada durante 31 días o más, Aflac pagará los beneficios como se describen arriba por los primeros 30 días. A partir del 31.º día de dicha Hospitalización continua, Aflac pagará la cantidad indicada a continuación por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno. No hay límite máximo de por vida.

Asegurado Nombrado o Cónyuge \$400

Hijo Dependiente \$500

BENEFICIO POR CARGO DE QUIRÓFANO EN UN

HOSPITAL PARA PACIENTE AMBULATORIO: Cuando una operación quirúrgica es realizada a una Persona Cubierta para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado y se incurre en un cargo de quirófono, Aflac pagará \$200. Para que este beneficio se pague, las cirugías se deberán realizar de manera ambulatoria en un Hospital o un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Este beneficio es pagadero una vez por día y no se pagará el mismo día que el Beneficio por Hospitalización es pagadero. Este beneficio es pagadero además del Beneficio por Cirugía/Anestesia. El beneficio máximo diario no excederá \$200. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

SURGICAL TREATMENT BENEFITS:

SURGERY/ANESTHESIA BENEFIT: Aflac will pay according to the benefits in the Schedule of Operations in the policy when a Covered Person has a surgical procedure performed for the direct treatment of a covered Internal Cancer or Associated Cancerous Condition and a charge is incurred for such surgical procedure. If any surgical procedure for the treatment of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition is performed other than those listed, Aflac will pay an amount comparable to the amount shown in the Schedule of Operations for the surgical procedure most nearly similar in severity and gravity.

EXCEPTIONS: Prophylactic Surgery and procedures payable under the Cancer Screening Benefit, Skin Cancer Surgery Benefit, or Reconstructive Surgery Benefit will not be payable under the Surgery/Anesthesia Benefit.

The Surgery/Anesthesia Benefit is only payable one time per 24-hour period, even though more than one surgical procedure may be performed. The highest eligible benefit will be paid.

Aflac will pay an indemnity benefit equal to 25% of the amount shown in the Schedule of Operations for the administration of anesthesia during a covered surgical operation.

The maximum daily benefit will not exceed \$4,250. No lifetime maximum on the number of operations.

SKIN CANCER SURGERY BENEFIT: When a surgical operation is performed on a Covered Person for a diagnosed skin Cancer, including melanoma or Nonmelanoma Skin Cancer, Aflac will pay the amount listed below when a charge is incurred for the specific procedure. The amount listed below includes anesthesia services. The maximum daily benefit will not exceed \$400. No lifetime maximum on the number of operations.

Laser or Cryosurgery \$ 35

Surgeries OTHER THAN Laser or Cryosurgery:

Excision of lesion of skin without flap or graft 170
Flap or graft without excision 250
Excision of lesion of skin with flap or graft 400

PROPHYLACTIC SURGERY BENEFIT (WITH CORRELATING INTERNAL CANCER DIAGNOSIS): Aflac will pay \$250 when, as recommended by a Physician due to a covered diagnosis of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition, one of the Prophylactic Surgeries shown below is performed on a Covered Person:

1. mastectomy due to a covered diagnosis of Internal Cancer other than breast Cancer;
2. oophorectomy due to a covered diagnosis of Internal Cancer other than ovarian Cancer; or

3. orchiectomy due to a covered diagnosis of Internal Cancer other than testicular Cancer.

This benefit is payable once per Covered Person, per lifetime.

HOSPITALIZATION BENEFITS:

HOSPITAL CONFINEMENT BENEFITS:

HOSPITALIZATION FOR 30 DAYS OR LESS: When a Covered Person is confined to a Hospital for treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition for 30 days or less, Aflac will pay the amount listed below for each day the Covered Person is charged for a room as an inpatient. No lifetime maximum.

Named Insured or Spouse \$200
Dependent Child \$250

HOSPITALIZATION FOR 31 DAYS OR MORE: During any continuous period of Hospital confinement of a Covered Person for treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition for 31 days or more, Aflac will pay benefits as described above for the first 30 days. Beginning with the 31st day of such continuous Hospital confinement, Aflac will pay the amount listed below for each day the Covered Person is charged for a room as an inpatient. No lifetime maximum.

Named Insured or Spouse \$400
Dependent Child \$500

OUTPATIENT HOSPITAL SURGICAL ROOM CHARGE BENEFIT: When a surgical operation is performed on a Covered Person for treatment of a diagnosed Internal Cancer or Associated Cancerous Condition, and a surgical room charge is incurred, Aflac will pay \$200. For this benefit to be paid, surgeries must be performed on an outpatient basis in a Hospital or an Ambulatory Surgical Center. This benefit is payable once per day and is not payable on the same day the Hospital Confinement Benefit is payable. This benefit is payable in addition to the Surgery/Anesthesia Benefit. The maximum daily benefit will not exceed \$200. No lifetime maximum on number of operations.

Este beneficio también es pagadero por la cirugía de Cáncer de Piel No melanoma que incluye un colgajo o injerto. No es pagadero por los procedimientos indicados en el Beneficio por Pruebas para la Detección del Cáncer o cualquier cirugía realizada en un consultorio Médico.

BENEFICIOS POR CUIDADO CONTINUO:

BENEFICIO DE CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA:

Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada y recibe los Beneficios por Hospitalización y luego es internada, dentro de los 30 días de la Hospitalización cubierta, en un centro de atención prolongada, un centro de enfermería especializado, una unidad o centro de rehabilitación, una unidad de cuidados transitorios o cualquier cama designada para atención poshospitalaria (*swing bed*), o a una sección del Hospital utilizada como tal (generalmente denominada "Centro de Atención Prolongada"), Aflac pagará \$100 por día cuando se incurre en un cargo por dicha hospitalización continua. Por cada día que este beneficio es pagadero, los Beneficios por Hospitalización NO serán pagaderos. Los beneficios se limitan a 30 días por cada Año Calendario por Persona Cubierta.

Si más de 30 días separan las estadías en un Centro de Atención Prolongada, los beneficios no son pagaderos por la segunda estadía a menos que la Persona Cubierta reciba nuevamente los Beneficios por Hospitalización y sea internada como paciente interno en el Centro de Atención Prolongada dentro de los 30 días de dicha estadía.

BENEFICIO POR ASISTENCIA MÉDICA EN EL HOGAR:

Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada para el tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada y luego se le proporciona, ya sea asistencia médica en el hogar o servicios de ayuda médica en su nombre, Aflac pagará \$100 por día cuando se incurre en un cargo por cada visita, sujeto a las siguientes condiciones:

1. La asistencia médica en el hogar o los servicios de ayuda médica deben comenzar dentro de los siete días del alta del Hospital.
2. Este beneficio se limita a diez días por hospitalización por cada Persona Cubierta.
3. Este beneficio se limita a 30 días en cualquier Año Calendario por cada Persona Cubierta.
4. Este beneficio no será pagadero a menos que el Médico de cabecera prescriba dichos servicios para que sean realizados en el hogar de la Persona Cubierta y certifique que si estos servicios no estuvieran disponibles, la Persona Cubierta tendría que ser hospitalizada para recibir la asistencia, el tratamiento y los servicios necesarios.
5. La asistencia médica en el hogar y los servicios de ayuda médica deben ser realizados por una persona

que no sea miembro de su Familia Inmediata que esté autorizada, certificada o debidamente calificada para realizar dichos servicios de la misma manera que si los servicios se hubieran realizado en un centro de asistencia médica.

Este beneficio no se pagará el mismo día en que el Beneficio por Asistencia Médica para Enfermos Terminales es pagadero.

BENEFICIO POR ASISTENCIA MÉDICA PARA

ENFERMOS TERMINALES: Cuando una Persona Cubierta es diagnosticada con Cáncer Interno o con una Condición Cancerosa Asociada y se determina médicamente que la intervención terapéutica destinada a curar la enfermedad ya no es apropiada, y si el pronóstico médico de la Persona Cubierta es uno cuya expectativa de vida es de seis meses o menos como resultado directo del Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada (de aquí en adelante denominada "Enfermo Terminal"), Aflac pagará solo una vez un beneficio de \$1,000 por el primer día que la Persona Cubierta recibe Asistencia Médica para Enfermos Terminales y a partir de entonces \$50 al día por la Asistencia Médica para Enfermos Terminales. Para que este beneficio sea pagadero, se deberá proporcionar a Aflac: (1) una declaración por escrito del Médico de cabecera indicando que la Persona Cubierta es un Enfermo Terminal, y (2) una declaración por escrito del Centro para Enfermos Terminales, certificando los días que los servicios fueron provistos. El límite máximo de por vida por cada Persona Cubierta es de \$12,000.

Este beneficio no se pagará el mismo día en que el Beneficio por Asistencia Médica en el Hogar es pagadero.

BENEFICIOS POR SERVICIOS DE ENFERMERÍA: Si una Persona Cubierta, mientras esté internada en un Hospital para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, requiere y le cobran por enfermeros privados y sus servicios, además de aquellos provistos regularmente por el Hospital, Aflac pagará \$100 por día por el cuidado y asistencia privada a tiempo completo proporcionados por dichos enfermeros (enfermeros graduados registrados, enfermeros prácticos autorizados o enfermeros vocacionales autorizados). Estos servicios deberán ser requeridos y autorizados por el Médico de cabecera. Este beneficio no es pagadero por enfermeros privados que sean miembros de su Familia Inmediata. Este beneficio solo es pagadero por el número de días que el Beneficio por Hospitalización es pagadero. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR PRÓTESIS QUIRÚRGICA: Aflac pagará \$2,000 cuando se incurre en un cargo por dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente que son recetados como resultado directo de una cirugía para el tratamiento de

This benefit is also payable for Nonmelanoma Skin Cancer surgery involving a flap or graft. It is not payable for the procedures listed in the Cancer Screening Benefit or any surgery performed in a Physician's office.

CONTINUING CARE BENEFITS:

EXTENDED-CARE FACILITY BENEFIT: When a Covered Person is hospitalized and receives Hospital Confinement Benefits and is later confined, within 30 days of the covered Hospital confinement, to an extended-care facility, a skilled nursing facility, a rehabilitation unit or facility, a transitional care unit or any bed designated as a swing bed, or to a section of the Hospital used as such, (collectively referred to as "Extended-Care Facility"), Aflac will pay \$100 per day when a charge is incurred for such continued confinement. For each day this benefit is payable, Hospital Confinement Benefits are NOT payable. Benefits are limited to 30 days in each Calendar Year per Covered Person.

If more than 30 days separates confinements in an Extended-Care Facility, benefits are not payable for the second confinement unless the Covered Person again receives Hospital Confinement Benefits and is confined as an inpatient to the Extended-Care Facility within 30 days of that confinement.

HOME HEALTH CARE BENEFIT: When a Covered Person is hospitalized for the treatment of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition and then has either home health care or health supportive services provided on his or her behalf, Aflac will pay \$100 per day when a charge is incurred for each such visit, subject to the following conditions:

1. The home health care or health supportive services must begin within seven days of release from the Hospital.
2. This benefit is limited to ten days per hospitalization for each Covered Person.
3. This benefit is limited to 30 days in any Calendar Year for each Covered Person.
4. This benefit will not be payable unless the attending Physician prescribes such services to be performed in the home of the Covered Person and certifies that if these services were not available, the Covered Person would have to be hospitalized to receive the necessary care, treatment, and services.
5. Home health care and health supportive services must be performed by a person, other than a member of your Immediate Family, who is licensed, certified, or otherwise duly qualified to perform such services on the same basis as if the services had been performed in a health care facility.

This benefit is not payable the same day the Hospice Care Benefit is payable.

HOSPICE CARE BENEFIT: When a Covered Person is diagnosed with Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition and therapeutic intervention directed toward the cure of the disease is medically determined to be no longer appropriate, and if the Covered Person's medical prognosis is one in which there is a life expectancy of six months or less as the direct result of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition (hereinafter referred to as "Terminally Ill"), Aflac will pay a one-time benefit of \$1,000 for the first day the Covered Person receives Hospice care and \$50 per day thereafter for Hospice care. For this benefit to be payable, Aflac must be furnished: (1) a written statement from the attending Physician that the Covered Person is Terminally Ill, and (2) a written statement from the Hospice certifying the days services were provided. Lifetime maximum for each Covered Person is \$12,000.

This benefit is not payable the same day the Home Health Care Benefit is payable.

NURSING SERVICES BENEFIT: While confined in a Hospital for the treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition, if a Covered Person requires and is charged for private nurses and their services other than those regularly furnished by the Hospital, Aflac will pay \$100 per day for full-time private care and attendance provided by such nurses (registered graduate nurses, licensed practical nurses, or licensed vocational nurses). These services must be required and authorized by the attending Physician. This benefit is not payable for private nurses who are members of your Immediate Family. This benefit is payable for only the number of days the Hospital Confinement Benefit is payable. No lifetime maximum.

SURGICAL PROSTHESIS BENEFIT: Aflac will pay \$2,000 when a charge is incurred for surgically implanted prosthetic devices that are prescribed as a direct result of surgery for

Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Límite máximo de por vida de \$4,000 por Persona Cubierta.

El Beneficio por Prótesis Quirúrgicas no incluye la cobertura de expansores de tejido o un Colgajo Musculocutáneo de Recto Abdominal Transverso para la Reconstrucción Mamaria (TRAM, por sus siglas en inglés).

BENEFICIOS POR PRÓTESIS NO QUIRÚRGICA: Aflac pagará \$175 por incidencia, por Persona Cubierta, cuando se incurre en un cargo por dispositivos protésicos no implantados quirúrgicamente que son recetados como resultado directo del tratamiento de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Ejemplos de dispositivos protésicos no implantados quirúrgicamente incluyen cajas de voz, cabello postizo y prótesis mamarias removibles. Límite máximo de por vida de \$350 por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:

RECONSTRUCCIÓN DE MAMAS: Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por una operación quirúrgica reconstructiva que se realice a una Persona Cubierta como resultado del tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada. El beneficio máximo diario no excederá \$2,000.

Procedimientos con Colgajo para la Reconstrucción del Tejido/Músculo Mamario	\$2,000
Reconstrucción de Mamas (que ocurre dentro de los cinco años del diagnóstico de Cáncer de mama)	500
Simetría de Mamas (en la mama no afectada que ocurre dentro de los cinco años de la reconstrucción de mama)	220
Repigmentación Permanente de la Areola	100

OTRA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Aflac pagará la cantidad indicada a continuación cuando se incurre en un cargo por una operación quirúrgica reconstructiva que se realice a una Persona Cubierta como resultado del tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada. El beneficio máximo diario no excederá \$500.

Reconstrucción Facial	\$ 500
-----------------------	--------

Aflac pagará un beneficio de indemnización equivalente al 25% de la cantidad señalada arriba por la anestesia administrada durante una operación quirúrgica reconstructiva cubierta.

Si se realiza cualquier cirugía reconstructiva distinta a aquellas indicadas, Aflac pagará una cantidad comparable a la cantidad señalada arriba para la operación que más se asemeje en severidad y gravedad. No hay límite máximo de por vida en el número de operaciones.

BENEFICIO DE RECOLECCIÓN, PRESERVACIÓN DE ÓVULOS (CRIOPRESERVACIÓN) E IMPLANTES: Aflac

pagará \$1,000 cuando a una Persona Cubierta se le extraiga y recolecte ovocitos debido a un diagnóstico positivo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada. Además, Aflac pagará una vez por Persona Cubierta, \$200 por el almacenamiento de ovocito(s) o de esperma de una Persona Cubierta cuando se incurre en un cargo por el almacenamiento en un banco de tejidos reproductivos autorizado o una instalación similar autorizada. Dicha extracción, recolección o almacenamiento deberá ocurrir antes del tratamiento de Quimioterapia o radioterapia que haya sido prescrito para el tratamiento de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada de la Persona Cubierta. Aflac también pagará \$200 por la transferencia del embrión que resulte de dicho almacenamiento de ovocito(s) o de esperma de una Persona Cubierta. El límite máximo de por vida de \$1,400 por Persona Cubierta.

BENEFICIO POR CUIDADO ANUAL: Aflac pagará \$500 en la fecha de aniversario del diagnóstico de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada cubierto de una Persona Cubierta, para el cuidado excepto del tratamiento directo de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, con el propósito de cumplir con las necesidades físicas, emocionales, espirituales o sociales de la Persona Cubierta. El límite máximo de por vida es de cinco pagos anuales de \$500 por Persona Cubierta.

BENEFICIOS DE AMBULANCIA, TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO:

BENEFICIO DE AMBULANCIA: Aflac pagará \$250 cuando se incurre en un cargo por transporte en ambulancia de una Persona Cubierta hacia o desde el Hospital donde la Persona Cubierta recibe tratamiento por Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada. Aflac pagará \$2,000 cuando se incurre en un cargo por el servicio de transporte en ambulancia aérea de una Persona Cubierta hacia o desde el Hospital donde la Persona Cubierta recibe tratamiento por Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada. Este beneficio se limita a dos viajes por hospitalización. El servicio de ambulancia deberá ser provisto por una compañía profesional de ambulancias autorizadas. No hay límite máximo de por vida.

BENEFICIO POR TRANSPORTE: Aflac pagará 40 centavos por milla para el transporte, hasta un máximo combinado de \$1,200, si una Persona Cubierta requiere tratamiento que haya sido recetado por el Médico de cabecera para el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada.

Este beneficio incluye:

1. Transporte de la Persona Cubierta en un vehículo personal, limitado a la distancia en millas entre el Hospital o la Instalación Médica y la residencia de la Persona Cubierta.

Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition treatment. Lifetime maximum of \$4,000 per Covered Person.

The Surgical Prosthesis Benefit does not include coverage for tissue expanders or a Breast Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) Flap.

NONSURGICAL PROSTHESIS BENEFIT: Aflac will pay \$175 per occurrence, per Covered Person when a charge is incurred for nonsurgically implanted prosthetic devices that are prescribed as a direct result of treatment for Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition. Examples of nonsurgically implanted prosthetic devices include voice boxes, hair pieces, and removable breast prostheses. Lifetime maximum of \$350 per Covered Person.

RECONSTRUCTIVE SURGERY BENEFIT:

BREAST RECONSTRUCTION: Aflac will pay the amount listed below when a charge is incurred for a reconstructive surgical operation that is performed on a Covered Person as a result of treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition. The maximum daily benefit will not exceed \$2,000.

Breast Tissue/Muscle Reconstruction Flap Procedures	\$2,000
Breast Reconstruction (occurring within five years of breast Cancer diagnosis)	500
Breast Symmetry (on the nondiseased breast occurring within five years of breast reconstruction)	220
Permanent Areola Repigmentation	100

OTHER RECONSTRUCTIVE SURGERY: Aflac will pay the amount listed below when a charge is incurred for a reconstructive surgical operation that is performed on a Covered Person as a result of treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition. The maximum daily benefit will not exceed \$500.

Facial Reconstruction	\$ 500
-----------------------	--------

Aflac will pay an indemnity benefit equal to 25% of the amount shown above for the administration of anesthesia during a covered reconstructive surgical operation.

If any reconstructive surgery is performed other than those listed, Aflac will pay an amount comparable to the amount shown above for the operation most nearly similar in severity and gravity. No lifetime maximum on number of operations.

EGG HARVESTING, STORAGE (CRYOPRESERVATION), AND IMPLANTATION BENEFIT: Aflac will pay \$1,000 for a Covered Person to have oocytes extracted and harvested due to a positive diagnosis of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition. In addition, Aflac will pay, one time per Covered Person, \$200 for the storage of a Covered Person's oocyte(s) or sperm when a charge is incurred to store with a licensed reproductive tissue bank or similarly licensed facility. Any such extraction, harvesting, or storage must occur prior

to Chemotherapy or radiation treatment that has been prescribed for the Covered Person's treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition. Aflac will also pay \$200 for embryo transfer resulting from such stored oocyte(s) or sperm of a Covered Person. Lifetime maximum of \$1,400 per Covered Person.

ANNUAL CARE BENEFIT: Aflac will pay \$500 on the anniversary date of a Covered Person's diagnosis of a covered Internal Cancer or Associated Cancerous Condition for care other than the direct treatment of Cancer or an Associated Cancerous Condition to meet the Covered Person's physical, emotional, spiritual, or social needs. Lifetime maximum of five annual \$500 payments per Covered Person.

AMBULANCE, TRANSPORTATION, AND LODGING BENEFITS:

AMBULANCE BENEFIT: Aflac will pay \$250 when a charge is incurred for ambulance transportation of a Covered Person to or from a Hospital where the Covered Person receives treatment for Cancer or an Associated Cancerous Condition. Aflac will pay \$2,000 when a charge is incurred for air ambulance transportation of a Covered Person to or from a Hospital where the Covered Person receives treatment for Cancer or an Associated Cancerous Condition. This benefit is limited to two trips per confinement. The ambulance service must be performed by a licensed professional ambulance company. No lifetime maximum.

TRANSPORTATION BENEFIT: Aflac will pay 40 cents per mile for transportation, up to a combined maximum of \$1,200, if a Covered Person requires treatment that has been prescribed by the attending Physician for Cancer or an Associated Cancerous Condition.

This benefit includes:

1. Personal vehicle transportation of the Covered Person limited to the distance of miles between the Hospital or Medical Facility and the residence of the Covered Person.

2. Transporte comercial (en un vehículo autorizado para pasajeros por una tarifa) para la Persona Cubierta y no más de un adulto adicional que viaje con la Persona Cubierta. Si el tratamiento es para un Hijo Dependiente cubierto y es necesario el transporte comercial, Aflac pagará hasta por dos adultos que viajen con el Hijo Dependiente cubierto. Este beneficio se limita a la distancia en millas entre el Hospital o la Instalación Médica y la residencia de la Persona Cubierta.

Este beneficio es pagadero hasta un máximo de \$1,200 por viaje de ida y vuelta para todas las personas que viajen y por los medios de transporte combinados. No hay límite máximo de por vida.

ESTE BENEFICIO NO ES PAGADERO POR EL TRANSPORTE A CUALQUIER HOSPITAL/CENTRO UBICADO DENTRO DE UN RADIO DE 50 MILLAS DE LA RESIDENCIA DE LA PERSONA CUBIERTA, NI POR EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA HACIA O DESDE CUALQUIER HOSPITAL.

BENEFICIO POR ALOJAMIENTO: Aflac pagará \$65 por día cuando se incurre en un cargo por alojamiento, en una habitación de motel, hotel u otro tipo de alojamiento comercial, para usted o cualquier adulto miembro de la familia cuando una Persona Cubierta recibe tratamiento para el Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada en un Hospital o Instalación Médica ubicado a más de 50 millas de la residencia de la Persona Cubierta. Este beneficio no es pagadero por el alojamiento que ocurra más de 24 horas antes del tratamiento o por el alojamiento que ocurra más de 24 horas después del mismo. Este beneficio está limitado a 90 días por Año Calendario.

BENEFICIOS DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA Y OTROS BENEFICIOS RELACIONADOS:

BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA: Si usted, debido a que padece de Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada, está completamente incapacitado para realizar todas las tareas cotidianas y habituales de su ocupación (si está desempleado: está completamente incapacitado para realizar las tareas materiales y sustanciales de cualquier empleo para el cual está calificado o pueda razonablemente llegar a estarlo debido a su educación, capacitación o experiencia) por un período de 90 días continuos, Aflac cederá, de mes a mes, cualquier prima vencida durante su incapacidad continua. Para que las primas sean cedidas, Aflac requerirá una declaración del empleador (si corresponde) y una declaración del Médico con respecto a su incapacidad para realizar dichas tareas o actividades, y podría requerir cada mes a partir de entonces una declaración del Médico que indique que la incapacidad total continúa.

Si usted fallece y su Cónyuge se convierte en el nuevo Asegurado Nombrado, las primas se reanudarán y serán

pagaderas en la primera fecha de vencimiento de la prima después del cambio. El nuevo Asegurado Nombrado entonces calificará para este beneficio si surge la necesidad.

Aflac también cederá, de mes a mes, cualquier prima vencida mientras esté recibiendo Beneficios por Asistencia Médica para Enfermos Terminales.

(4) Beneficios Opcionales:

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS: (FORMULARIO B70050PA) Solicitada Sí No

BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS: Este beneficio puede ser adquirido en unidades de \$100 cada una, hasta un máximo de cinco unidades o \$500. **Si se ha adquirido más de una unidad, la cantidad de unidades adquiridas debe multiplicarse por \$100.** El número de unidades que usted ha adquirido se muestra en ambos, el Cuadro de la Póliza y la solicitud adjunta.

El **BENEFICIO DE DIAGNÓSTICO CON INCREMENTOS PROGRESIVOS**, según se muestra en la póliza, aumentará la cantidad del Beneficio de Diagnóstico por \$100 por cada unidad adquirida para cada Persona Cubierta en la fecha de aniversario de su cobertura mientras la cobertura permanezca en vigencia. (La cantidad del aumento mensual será determinada en base a prorrateo). Este beneficio se pagará de acuerdo a los mismos términos que el Beneficio de Diagnóstico de la póliza a la cual se adjunta la cláusula adicional. Este beneficio dejará de aumentar para cada Persona Cubierta en la fecha de aniversario de la cláusula adicional posterior al 65to cumpleaños de la Persona Cubierta o al momento en que es diagnosticado un Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada para dicha Persona Cubierta, lo que ocurra primero. No obstante, sin importar la edad de la Persona Cubierta en la Fecha de Vigencia de la cobertura, este beneficio se acumulará por un período mínimo de cinco años, a menos que sea diagnosticado un Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada antes del quinto año de la cobertura.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional del Formulario B70050PA:

La cláusula adicional tiene un período de espera de 30 días. Si una Persona Cubierta padece de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente durante 30 días, usted puede, a su opción, elegir anular la cláusula adicional desde su comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

2. Commercial transportation (in a vehicle licensed to carry passengers for a fee) of the Covered Person and no more than one additional adult to travel with the Covered Person. If the treatment is for a covered Dependent Child and commercial transportation is necessary, Aflac will pay for up to two adults to travel with the covered Dependent Child. This benefit is limited to the distance of miles between the Hospital or Medical Facility and the residence of the Covered Person.

This benefit is payable up to a maximum of \$1,200 per round trip for all travelers and modes of transportation combined. No lifetime maximum.

THIS BENEFIT IS NOT PAYABLE FOR TRANSPORTATION TO ANY HOSPITAL/FACILITY LOCATED WITHIN A 50-MILE RADIUS OF THE RESIDENCE OF THE COVERED PERSON OR FOR TRANSPORTATION BY AMBULANCE TO OR FROM ANY HOSPITAL.

LODGING BENEFIT: Aflac will pay \$65 per day when a charge is incurred for lodging, in a room in a motel, hotel, or other commercial accommodation, for you or any one adult family member when a Covered Person receives treatment for Cancer or an Associated Cancerous Condition at a Hospital or Medical Facility more than 50 miles from the Covered Person's residence. This benefit is not payable for lodging occurring more than 24 hours prior to treatment or for lodging occurring more than 24 hours following treatment. This benefit is limited to 90 days per Calendar Year.

PREMIUM WAIVER AND RELATED BENEFITS:

WAIVER OF PREMIUM BENEFIT: If you, due to having Cancer or an Associated Cancerous Condition, are completely unable to perform all of the usual and customary duties of your occupation (if you are not employed: are completely unable to perform the material and substantial duties of any job for which you are or reasonably become qualified for by reason of education, training, or experience) for a period of 90 continuous days, Aflac will waive, from month to month, any premiums falling due during your continued inability. For premiums to be waived, Aflac will require an employer's statement (if applicable) and a Physician's statement of your inability to perform said duties or activities, and may each month thereafter require a Physician's statement that total inability continues.

If you die and your Spouse becomes the new Named Insured, premiums will resume and be payable on the first premium due date after the change. The new Named Insured will then be eligible for this benefit if the need arises.

Aflac will also waive, from month to month, any premiums falling due while you are receiving Hospice Benefits.

(4) Optional Benefits:

**DIAGNOSIS BUILDING BENEFIT RIDER:
(FORM B70050PA) Applied for Yes No**

DIAGNOSIS BUILDING BENEFIT: This benefit can be purchased in units of \$100 each, up to a maximum of five units or \$500. **If more than one unit has been purchased, the number of units purchased must be multiplied by \$100.** The number of units you purchased is shown in both the Policy Schedule and the attached application.

The **DIAGNOSIS BUILDING BENEFIT** will increase the amount of your Diagnosis Benefit, as shown in the policy, by \$100 for each unit purchased for each Covered Person on the anniversary date of their coverage, while coverage remains in force. (The amount of the monthly increase will be determined on a pro rata basis.) This benefit will be paid under the same terms as the Diagnosis Benefit in the policy to which the rider is attached. This benefit will cease to build for each Covered Person on the anniversary date of the rider following the Covered Person's 65th birthday or at the time Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition is diagnosed for that Covered Person, whichever occurs first. However, regardless of the age of the Covered Person on the Effective Date of coverage, this benefit will accrue for a period of at least five years, unless Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition is diagnosed prior to the fifth year of coverage.

Exceptions, Reductions, and Limitations of Rider Form B70050PA:

The rider contains a 30-day waiting period. If a Covered Person has Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition diagnosed before his or her coverage has been in force 30 days, you may, at your option, elect to void the rider from its beginning and receive a full refund of premium paid for the rider, less any benefits paid under the rider.

El Beneficio de Diagnóstico con Incrementos Progresivos no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o Condiciones Cancerosas Asociadas diagnosticados durante el período de espera de 30 días de la cláusula adicional; o (3) el diagnóstico de Cáncer de la Piel No melanoma.

Cualquier Persona Cubierta que haya recibido un diagnóstico previo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada NO calificará para el Beneficio de Diagnóstico con Incrementos Progresivos bajo la cláusula adicional por una recurrencia, proliferación o propagación metastásica del mismo Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada.

CLÁUSULA ADICIONAL PARA HIJO DEPENDIENTE: (FORMULARIO B70051) Solicitada Sí No

BENEFICIO PARA HIJO DEPENDIENTE: Aflac pagará \$10,000 cuando a un Hijo Dependiente cubierto se le haya diagnosticado Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada mientras la cláusula adicional esté en vigencia.

Este beneficio es pagadero bajo la cláusula adicional solo una vez por cada Hijo Dependiente cubierto. Además del Diagnóstico Médico Positivo, podríamos requerir información adicional del Médico de cabecera y del Hospital.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional del Formulario B70051:

La cláusula adicional tiene un período de espera de 30 días. Si un Hijo Dependiente cubierto padece de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente durante 30 días, usted puede, a su opción, elegir anular la cláusula adicional desde su comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

El Beneficio para Hijo Dependiente no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la cláusula adicional y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o Condiciones Cancerosas Asociadas diagnosticados durante el período de espera de 30 días de la cláusula adicional; o (3) el diagnóstico de Cáncer de la Piel No melanoma. **Cualquier Hijo Dependiente que haya recibido un diagnóstico previo de Cáncer Interno o de una Condición Cancerosa Asociada NO calificará para ningún beneficio bajo la cláusula adicional por una recurrencia, proliferación o**

propagación metastásica del mismo Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada.

CLÁUSULA ADICIONAL DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA: (FORMULARIO B70052PA) Solicitada Sí No

BENEFICIO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA: Mientras la cobertura esté en vigencia, si una Persona Cubierta es diagnosticada, después de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional, con cualquiera de las Enfermedades Específicas cubiertas, Aflac pagará un beneficio de \$2,000. Este beneficio es pagadero solo una vez por Enfermedad Específica por Persona Cubierta. **NINGÚN OTRO BENEFICIO ES PAGADERO PARA CUALQUIER ENFERMEDAD ESPECÍFICA CUBIERTA NO ESTIPULADA EN LA CLÁUSULA ADICIONAL.**

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:

HOSPITALIZACIÓN DE 30 DÍAS O MENOS: Cuando una Persona Cubierta es hospitalizada debido a una Enfermedad Específica cubierta durante 30 días o menos, Aflac pagará \$400 por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno.

HOSPITALIZACIÓN DE 31 DÍAS O MÁS: Durante cualquier período continuo de Hospitalización de 31 días o más debido a una Enfermedad Específica cubierta, Aflac pagará los beneficios como se describen anteriormente durante los primeros 30 días, y a partir del 31.º día de dicha Hospitalización continua, Aflac pagará \$800 por cada día que se le cobre a la Persona Cubierta por una habitación como paciente interno.

Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Cláusula Adicional del Formulario B70052PA:

Las enfermedades específicas deben ser diagnosticadas por un Médico 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura bajo la cláusula adicional para que los beneficios sean pagaderos. El diagnóstico debe realizarse por y mediante una muestra de tejido, cultivo(s), y/o titulación (titulaciones). Si una Persona Cubierta es diagnosticada con una Enfermedad Específica antes de que su cobertura haya estado en vigencia por 30 días, los beneficios para tratamientos de dicha Enfermedad Específica corresponderán solo para tratamientos que se realicen después de dos años a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura de dicha persona. A su opción, puede elegir anular la cláusula adicional desde el comienzo y recibir un reembolso total de la prima pagada para la cláusula adicional, menos cualquier beneficio pagado bajo la cláusula adicional.

The Diagnosis Building Benefit is not payable for: (1) any Internal Cancer or Associated Cancerous Condition diagnosed or treated before the Effective Date of coverage under the rider and the subsequent recurrence, extension, or metastatic spread of such Internal Cancer or Associated Cancerous Condition; (2) Internal Cancer or Associated Cancerous Conditions diagnosed during the rider's 30-day waiting period; or (3) the diagnosis of Nonmelanoma Skin Cancer. **Any Covered Person who has had a previous diagnosis of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition will NOT be eligible for a Diagnosis Building Benefit under the rider for a recurrence, extension, or metastatic spread of that same Internal Cancer or Associated Cancerous Condition.**

DEPENDENT CHILD RIDER: (FORM B70051)

Applied for Yes No

DEPENDENT CHILD BENEFIT: Aflac will pay \$10,000 when a covered Dependent Child is diagnosed as having Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition while the rider is in force.

This benefit is payable under the rider only once for each covered Dependent Child. In addition to the Positive Medical Diagnosis, we may require additional information from the attending Physician and Hospital.

Exceptions, Reductions, and Limitations of Rider Form B70051:

The rider contains a 30-day waiting period. If a covered Dependent Child has Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition diagnosed before his or her coverage has been in force 30 days, you may, at your option, elect to void the rider from its beginning and receive a full refund of premium paid for the rider, less any benefits paid under the rider.

The Dependent Child Benefit is not payable for: (1) any Internal Cancer or Associated Cancerous Condition diagnosed or treated before the Effective Date of the rider and the subsequent recurrence, extension, or metastatic spread of such Internal Cancer or Associated Cancerous Condition; (2) Internal Cancer or Associated Cancerous Conditions diagnosed during the rider's 30-day waiting period; or (3) the diagnosis of Nonmelanoma Skin Cancer. **Any Dependent Child who has had a previous diagnosis of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition will NOT be eligible for any benefit under the rider for a recurrence, extension, or metastatic spread of that same Internal Cancer or Associated Cancerous Condition.**

SPECIFIED-DISEASE BENEFIT RIDER: (FORM B70052PA)

Applied for Yes No

SPECIFIED-DISEASE BENEFIT: While coverage is in force, if a Covered Person is diagnosed, after the Effective Date of

coverage under the rider, with any of the covered Specified Diseases, Aflac will pay a benefit of \$2,000. This benefit is payable only once per Specified Disease per Covered Person. **NO OTHER BENEFITS ARE PAYABLE FOR ANY COVERED SPECIFIED DISEASE NOT PROVIDED FOR IN THE RIDER.**

HOSPITAL CONFINEMENT BENEFITS:

HOSPITALIZATION FOR 30 DAYS OR LESS: When a Covered Person is confined to a Hospital for a covered Specified Disease for 30 days or less, Aflac will pay \$400 for each day the Covered Person is charged for a room as an inpatient.

HOSPITALIZATION FOR 31 DAYS OR MORE: During any continuous period of Hospital confinement of 31 days or more for a covered Specified Disease, Aflac will pay benefits as described above for the first 30 days, and beginning with the 31st day of such continuous Hospital confinement, Aflac will pay \$800 for each day the Covered Person is charged for a room as an inpatient.

Exceptions, Reductions, and Limitations of Rider Form B70052PA:

Specified diseases must be diagnosed by a Physician 30 days following the Effective Date of coverage under the rider for benefits to be paid. The diagnosis must be made by and upon a tissue specimen, culture(s), and/or titer(s). If a Covered Person has a Specified Disease diagnosed before his or her coverage has been in force 30 days, benefits for treatment of that Specified Disease will apply only to treatment occurring after two years from the Effective Date of such person's coverage. At your option, you may elect to void the rider from its beginning and receive a full refund of premium paid for the rider, less any benefits paid under the rider.

(5) Pago de Beneficios por Tratamientos No Quirúrgicos:

Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de treinta días o menos, entonces el pago bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente se limita al Mes Calendario en que el medicamento fue recetado, recibido y la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo.

Si la prescripción de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, la cual indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de treinta días o menos, es resurtida durante el Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, ha sido pagada previamente, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional para el cual no ha sido pagada previamente, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante dicho Mes Calendario adicional. De otro modo, si la prescripción es resurtida durante un Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, no ha sido pagada previamente, entonces el beneficio se limita al Mes Calendario en que el medicamento fue recetado, recibido y la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo.

Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de más de treinta días, pero menos de 61 días, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional consecutivo, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante el Mes Calendario adicional consecutivo.

Si la prescripción inicial de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente, por un período de más de sesenta días, pero menos de 91 días, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por dos Meses Calendario adicionales consecutivos, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los Meses Calendario adicionales consecutivos.

Si la prescripción de medicamentos para Terapia Hormonal, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, la cual indica a la Persona Cubierta tomar el medicamento

oralmente, por un período de más de treinta días, es resurtida durante el Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, ha sido pagada previamente, entonces pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado hasta por tres Meses Calendario adicionales consecutivos, por los cuales no ha sido pagada previamente sin requerir prueba de que la Persona cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los tres Meses Calendario adicionales consecutivos. De otro modo, si la prescripción es resurtida durante un Mes Calendario en el cual la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, no ha sido pagada previamente, entonces, siempre que la Persona Cubierta haya incurrido en un cargo durante el primer Mes Calendario de la prescripción, por resurtidos que indiquen a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente por un período de más de treinta días, pero menos de 61 días, pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por un Mes Calendario adicional consecutivo, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento, durante el Mes Calendario adicional consecutivo y por resurtidos que indiquen a la Persona Cubierta tomar el medicamento oralmente por un período de más de sesenta días, pero menos de 91 días, pagaremos la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Tratamiento No Quirúrgico correspondiente, por adelantado por dos Meses Calendario adicionales consecutivos, sin requerir prueba de que la Persona Cubierta incurrió en un cargo por el medicamento durante los Meses Calendario adicionales consecutivos.

Para el tratamiento inyectado, la cantidad, estipulada bajo el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental correspondiente, es pagadera una vez por inyección recetada, pero no más de una vez por Mes Calendario. El Beneficio por Cirugía/Anestesia proporciona cantidades pagaderas por la inserción y extracción de una bomba. Los beneficios no serán pagados por cada mes de infusión continua de medicamentos dispensados por una bomba, implante o parche.

Si solo la Quimioterapia Experimental es pagadera durante cualquier Mes Calendario, la cantidad del beneficio se reducirá 50% para la Quimioterapia Experimental por la cual no se incurre un cargo. Si una Persona Cubierta recibió la cantidad estipulada bajo el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental correspondiente, por la cantidad reducida de 50% y luego en el mismo Mes Calendario, recibe Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental, donde se incurre un cargo, pagaremos la diferencia entre el

(5) Payment of Nonsurgical Treatment Benefits:

If an initial prescription of Hormonal Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy medication instructs a Covered Person to take the medication orally for a period of thirty days or less, then the payment under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit is limited to the Calendar Month in which the medication was prescribed, received, and the Covered Person incurred a charge.

If a prescription of Hormonal Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy medication which instructs a Covered Person to take the medication orally for a period of thirty days or less is refilled during a Calendar Month in which the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit has previously been paid, then we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for one additional Calendar Month for which it has not previously been paid without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during that additional Calendar Month. Otherwise, if the prescription is refilled during a Calendar Month in which the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit has not been previously paid, then the benefit is limited to the Calendar Month in which the medication was prescribed, received, and the Covered Person incurred a charge.

If an initial prescription of Hormonal Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy medication instructs a Covered Person to take the medication orally for a period of more than thirty days but less than 61 days, then we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for one additional, consecutive Calendar Month without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during the additional, consecutive Calendar Month.

If an initial prescription of Hormonal Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy medication instructs a Covered Person to take the medication orally for a period of more than sixty days but less than 91 days, then we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for two additional, consecutive Calendar Months without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during the additional, consecutive Calendar Months.

If a prescription of Hormonal Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy medication which instructs a Covered Person to take the medication orally for a period of more than thirty days is refilled during a Calendar Month in which the payment under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit has previously been paid, then we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for up to three additional, consecutive Calendar Months for which it has not

previously been paid without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during the three additional, consecutive Calendar Months. Otherwise, if the prescription is refilled during a Calendar Month in which the payment under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit has not been previously paid, then, so long as the Covered Person incurred a charge during the first Calendar Month of the prescription, for refills instructing a Covered Person to take the medication orally for a period of more than thirty days but less than 61 days, we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for one additional, consecutive Calendar Month without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during the additional, consecutive Calendar Month, and for refills instructing a Covered Person to take the medication orally for a period of more than sixty days but less than 91 days, we will pay the stated amount under the applicable Nonsurgical Treatment Benefit in advance for two additional, consecutive Calendar Months without requiring proof a Covered Person incurred a charge for the medication during the additional, consecutive Calendar Months.

For injected treatment, the stated amount under the applicable Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, Or Experimental Chemotherapy Benefit is payable one time per prescribed injection, but not more than one time per Calendar Month. The Surgical/Anesthesia Benefit provides amounts payable for insertion and removal of a pump. Benefits will not be paid for each month of continuous infusion of medications dispensed by a pump, implant, or patch.

If only Experimental Chemotherapy is payable during any Calendar Month, the benefit amount will be reduced 50% for Experimental Chemotherapy for which no charge is incurred. If a Covered Person received the stated amount under the applicable Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, Or Experimental Chemotherapy Benefit at the reduced 50% amount and, later in the same Calendar Month, receives Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Chemotherapy where a charge is incurred, we will pay the difference between the

50% recibido previamente y el Beneficio por Radioterapia, Quimioterapia, Inmunoterapia o Quimioterapia Experimental.

(6) Excepciones, Reducciones y Limitaciones de la Póliza (la póliza no es un plan para gastos diarios de hospital):

A excepción de lo estipulado específicamente en la sección de Beneficios de la póliza, Aflac pagará solo por el tratamiento de Cáncer o Condiciones Cancerosas Asociadas, incluyendo la proliferación directa, la propagación metastásica o recurrencia. No se proporcionan beneficios para condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno (a menos que estén cubiertas específicamente); las complicaciones, ya sea del Cáncer o de una Condición Cancerosa Asociada; o cualquier otra enfermedad, dolencia o incapacidad.

La póliza tiene un período de espera de 30 días. Si una Persona Cubierta tiene Cáncer o una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado antes de que su cobertura haya estado vigente por 30 días, los beneficios para el tratamiento de dicho Cáncer o Condición Cancerosa Asociada, o cualquier recurrencia, proliferación o propagación metastásica del mismo Cáncer o Condición Cancerosa Asociada, se aplicarán solo al tratamiento que ocurra después de dos años a partir de la Fecha de Vigencia de la cobertura de dicha persona. A su opción, puede elegir anular la cobertura y recibir un reembolso total de la prima.

El Beneficio de Diagnóstico no es pagadero por: (1) cualquier Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada diagnosticado o tratado antes de la Fecha de Vigencia de la póliza y la recurrencia, proliferación o propagación metastásica posterior de dicho Cáncer Interno o Condición

Cancerosa Asociada; (2) Cáncer Interno o una Condición Cancerosa Asociada diagnosticado durante el período de espera de 30 días de la póliza; o (3) el diagnóstico de Cáncer de Piel No melanoma. **Cualquier Persona Cubierta que haya sido previamente diagnosticada con Cáncer Interno o con una Condición Cancerosa Asociada, NO calificará para el Beneficio de Diagnóstico bajo la póliza debido a una recurrencia, proliferación o propagación metastásica de dicho Cáncer Interno o Condición Cancerosa Asociada.**

Aflac no pagará beneficios por ninguna pérdida que sea diagnosticada o tratada fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos o de sus posesiones.

Aflac puede anular la póliza y no pagará beneficios cuando: (1) los hechos materiales o circunstancias hayan sido ocultos o tergiversados al presentar una reclamación bajo la póliza; o (2) se comete o intente fraude vinculado a cualquier asunto relacionado con la póliza.

(7) Renovación: La póliza tiene renovación garantizada por el resto de su vida siempre y cuando usted pague sus primas cuando se venzan o dentro del período de gracia. Podemos discontinuar y rescindir la póliza si usted ha realizado un acto o práctica que se considere fraude o ha efectuado una tergiversación intencional del hecho material, relacionada en cualquier forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones para beneficios bajo la póliza. Podremos cambiar la prima que cobramos, pero no a ninguna persona en específico. Cualquier cambio de prima se hará a todas las pólizas con el mismo número de formulario y clasificación de prima en el estado donde la póliza fue emitida y que se encuentren en vigencia en ese momento.

GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SUS ARCHIVOS.

ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SOLO UN BREVE BOSQUEJO DE LA COBERTURA PROPORCIONADA. 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 proporciona como referencia para el cliente y es solo con fines informativos.

50% previously received and the Radiation Therapy, Chemotherapy, Immunotherapy, or Experimental Therapy Benefit.

(6) Exceptions, Reductions, and Limitations of the Policy (policy is not a daily hospital expense plan):

Except as specifically provided in the Benefits section of the policy, Aflac will pay only for treatment of Cancer or Associated Cancerous Conditions, including direct extension, metastatic spread, or recurrence. Benefits are not provided for premalignant conditions or conditions with malignant potential (unless specifically covered); complications of either Cancer or an Associated Cancerous Condition; or any other disease, sickness, or incapacity.

The policy contains a 30-day waiting period. If a Covered Person has Cancer or an Associated Cancerous Condition diagnosed before his or her coverage has been in force 30 days, benefits for treatment of that Cancer or Associated Cancerous Condition, or any recurrence, extension, or metastatic spread of that same Cancer or Associated Cancerous Condition will apply only to treatment occurring after two years from the Effective Date of such person's coverage. At your option, you may elect to void the coverage and receive a full refund of premium.

The Diagnosis Benefit is not payable for: (1) any Internal Cancer or Associated Cancerous Condition diagnosed or treated before the Effective Date of the policy and the subsequent recurrence, extension, or metastatic spread of such Internal Cancer or Associated Cancerous Condition; (2)

Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition diagnosed during the policy's 30-day waiting period; or (3) the diagnosis of Nonmelanoma Skin Cancer. **Any Covered Person who has had a previous diagnosis of Internal Cancer or an Associated Cancerous Condition will NOT be eligible for a Diagnosis Benefit under the policy for a recurrence, extension, or metastatic spread of that same Internal Cancer or Associated Cancerous Condition.**

Aflac will not pay benefits for any loss that is diagnosed or treated outside the territorial limits of the United States or its possessions.

Aflac may void the policy and will not pay benefits whenever: (1) material facts or circumstances have been concealed or misrepresented in making a claim under the policy; or (2) fraud is committed or attempted in connection with any matter relating to the policy.

- (7) Renewability:** The policy is guaranteed renewable for your lifetime as long as you pay the premiums when they are due or within the grace period. We may discontinue or terminate the policy if you have performed an act or practice that constitutes fraud, or have made an intentional misrepresentation of material fact, relating in any way to the policy, including claims for benefits under the policy. We may change the premium we charge, but not specific to any one person. Any premium change will be made for all policies of the same form number and premium classification in the state where the policy was issued that are then in force.

**RETAIN FOR YOUR RECORDS.
THIS OUTLINE OF COVERAGE IS ONLY A BRIEF SUMMARY OF THE COVERAGE PROVIDED.
THE POLICY ITSELF SHOULD BE CONSULTED TO DETERMINE
GOVERNING CONTRACTUAL PROVISIONS.**

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

CONDICIÓN CANCEROSA ASOCIADA: Un trastorno de la sangre mielodisplásico, trastorno de la sangre mieloproliferativo o el carcinoma in situ interno (en el sitio inicial o confinado, limitado al lugar de origen sin invasión del tejido adyacente). Se debe recibir un diagnóstico médico positivo de condición cancerosa asociada.

Las condiciones premalignas o condiciones con potencial maligno, con excepción de las indicadas específicamente anteriormente, no se consideran condiciones cancerosas asociadas.

CÁNCER: Una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno y caracterizada por un crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas e invasión de tejido. El cáncer también incluye, pero no se limita a, leucemia, enfermedad de Hodgkin y melanoma. Se debe recibir un diagnóstico médico positivo de cáncer.

1. CÁNCER INTERNO: todos los tipos de cáncer, que no sea cáncer de piel no melanoma (lea la definición de cáncer de piel no melanoma).

2. CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA: un cáncer que no sea un melanoma que comience en la parte exterior de la piel (epidermis).

Las condiciones cancerosas asociadas, condiciones premalignas o con potencial maligno no se considerarán cáncer.

PERSONA CUBIERTA: Cualquier persona asegurada bajo el tipo de cobertura que usted indicó en la solicitud: individual (asegurado nombrado indicado en el Cuadro de la Póliza), asegurado nombrado/cónyuge solamente (asegurado nombrado y su cónyuge), familia con uno de los padres (asegurado nombrado e hijos dependientes), o familia con ambos padres (asegurado nombrado, cónyuge e hijos dependientes). Cónyuge se define como la persona con la cual se encuentra legalmente casado y quien se indica en su solicitud. Los hijos recién nacidos de cualquier persona cubierta están asegurados automáticamente por 30 días desde el momento de su nacimiento. Si la cobertura es individual o de asegurado nombrado/cónyuge solamente y usted desea cobertura ininterrumpida para un hijo recién nacido más allá de los primeros 30 días, deberá notificarlo por escrito a Aflac dentro de los 31 días de la fecha de nacimiento del hijo y Aflac convertirá la póliza a cobertura de familia con uno de los padres o a familia con ambos padres y le notificará sobre la prima adicional a pagar, si corresponde. La cobertura incluirá a cualquier otro hijo dependiente, sin importar la edad, que no tenga la capacidad de tener un empleo para mantenerse a sí mismo por razones de incapacidad intelectual o física y que haya quedado incapacitado antes de cumplir 26 años de edad y mientras estaba cubierto bajo la póliza. Los hijos dependientes son sus hijos naturales, hijastros, o hijos adoptados legalmente, menores de 26 años de edad. Los hijos dependientes también incluyen a los hijos recién nacidos de una persona cubierta mientras la cobertura esté vigente.

FECHA DE VIGENCIA: La(s) fecha(s) en la(s) que la cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza o en cualquiera de los endosos o cláusulas adicionales adjuntos. La fecha de vigencia no es la fecha en que usted firmó la solicitud de cobertura.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Un centro quirúrgico ambulatorio no incluye el consultorio de un médico o dentista, una clínica u otra instalación semejante.

La quimioterapia experimental no incluye las pruebas de laboratorio, radiografías de diagnóstico, inmunoglobulinas, inmunoterapia, factores estimulantes de colonias, dispositivos terapéuticos u otros procedimientos relacionados a estos tratamientos experimentales.

El término hospital no incluye una unidad de cuidados para enfermos terminales, incluyendo cualquier cama designada como cama para enfermos terminales; o una cama provisional (swing bed); un hogar de convalecencia; un centro de reposo o enfermería; o centros usados fundamentalmente para la rehabilitación de ancianos, drogadictos o alcohólicos y centros que fundamentalmente proporcionen cuidados tutelares o educativos.

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

Un trasplante de células madre no incluye el trasplante de médula ósea.

La fecha del diagnóstico no es la fecha en que se le comunica el diagnóstico a la persona cubierta.

Si se diagnostica cáncer de piel no melanoma durante la hospitalización, los beneficios se limitarán al(a los) día(s) que la

persona cubierta realmente recibió tratamiento por cáncer de piel no melanoma.

Si se recibe tratamiento para el cáncer o una condición cancerosa asociada en un hospital del gobierno de los Estados Unidos, Aflac no requiere que a una persona cubierta se le cobre por dichos servicios para que los beneficios sean pagaderos.

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

